

SOLICITUD DE NUTRICIÓN PARENTERAL PARA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR NEONATAL

Este formulario debe utilizarse para pacientes **de hasta 10 kg.**
Para pacientes **de mayor peso** utilizar el formulario **código 1782FA4.**

Observe las unidades de cada componente de la nutrición.
Es imprescindible completar todos los datos de la solicitud.

Sticker del paciente o completar: Apellido y Nombre: HC:	Fecha:	Sala:
	Teléfono interno:	
	Peso:	Edad:
	Diagnóstico:	

Marque si corresponde:		
Vía		
Central	Periférica	Insuficiencia intestinal/SIC:
		Insuficiencia hepática:
		Insuficiencia renal:

Rp./

COMPONENTE	FÓRMULA 2:1 SIN lípidos en la bolsa	UNIDADES
Volumen	60 o	mL/Kg/día
Flujo de glucosa	7	mg/Kg/min
Aminoácidos	3	g/Kg
Lípidos	3	g/Kg
Sodio	2	mEq/Kg
Potasio	mEq/Kg
Calcio	540	mg/L
Fósforo	279	mg/L
Magnesio	97	mg/L
Oligoelementos	Ver aclaración abajo ¹	
Multivitamínico	Ver aclaración abajo ²	

¹ Contiene: cromo, cobre, flúor, hierro, iodo, manganeso, molibdeno, selenio y zinc.

² Contiene Rivial Pediátrico®.

Cantidad de bolsas solicitadas:

MÉDICO SOLICITANTE: _____

FIRMA-SELLO-MATRÍCULA

El cálculo final del volumen de la parenteral contempla un exceso de la guía para su correcta administración.

Consultas: interno 7260 o interno 6529 de 8:30 a 15:30 hs.

Recepción de órdenes: puerta 7294, 1er piso de 8:30 a 10:30 hs de lunes a viernes.