

SOLICITUD DE LECHE MEDICAMENTOSAS

Toda solicitud de leches hidrolizadas extensas, hidrolizadas parciales (HA) o fórmulas de aminoácidos debe ser solicitado por un gastroenterólogo infantil o un alergista.

DATOS PERSONALES

Nombre y apellido:

N.º de Asociado: DNI:

Edad: Sexo: Fecha de nacimiento:

Diagnóstico:

Fecha de inicio del cuadro:

Peso actual del niño (adjuntar copia de curva de crecimiento):

Lactancia mixta con dieta de exclusión materna: ☐ Sí o ☐ No

Alimentación complementaria: DESAYUNO - ALMUERZO - MERIENDA - CENA (tachar lo que no corresponda)

Patologías asociadas (especificar):

Familiares con historia APLV(*), especificar:

*(APLV) La Alergia a la Proteína de la Leche de Vaca.

Detallar manifestaciones clínicas de la enfermedad:

Informe sobre desafío, detallar fecha y respuesta:

Tiempo de tratamiento previsto:

Adjuntar a la historia clínica presente:

- 1 Prescripción de la leche.
- 2 Copia del informe de control de peso.
- 3 Copia de la tabla ganancia peso talla.

Datos a tener en cuenta:

- Contacto del médico.
- Controles cada 3 o 6 meses, según edad del niño y respuesta a desafíos. En los controles debe figurar respuesta a los desafíos y tiempo estimado de tratamiento.

.....
Firma y sello

.....
Fecha