

## SOLICITUD DE TRATAMIENTO DE NUTRICIA PREOP®

### DATOS DEL PACIENTE

Nº historia: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ años; Peso \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

### CRITERIOS DE USO NUTRICIA PREOP

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Cirugía urgente, ASA IV, pacientes con necesidad de colostomía o ileostomía, imposibilidad de firmar el consentimiento informado, pacientes diabéticos tipo I, vaciamiento gástrico lento documentado por un servicio de Digestivo

#### Criterios inclusión

Pacientes mayores de 18 años programados para cirugía de cáncer colorrectal (o pólipos no resecables con endoscopia)

SI

**Todos los pacientes deberán firmar un consentimiento informado**

### POSOLOGIA

- Día antes de la intervención (Día -1) 800 ml de Nutricia Preop® (4 briks)  
 Día de la intervención (Día 0) 400 ml de Nutricia Preop® (2 briks)

Se enviarán con esta solicitud 6 briks de Nutricia Preop®

Fecha :

Firma: