

## FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LECHE MEDICAMENTOSAS Resolución 409/2022

Fecha:	Lugar:
--------	--------

### DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre(s) y apellido(s):	
Número de afiliado:	Fecha de nacimiento:
DNI:	Teléfono:
Edad gestacional:	Peso y talla de nacimiento:
Mail:	

**A. Seleccioná sólo una condición médica o patología principal por la que estás solicitando la fórmula:**

- Alergia a la proteína de la leche de vaca
- Prematurez
- Agalactia materna de causa médica materna justificada
- Enfermedades congénitas del metabolismo
- Reflujo gastroesofágico\*
- Otros

**B. Justificación médica de la fórmula indicada (adjuntar con la curva de percentilo de peso)**

---



---



---



---

**C. Listado de fórmulas de cobertura:**

Ingesta diaria en ml/día: \_\_\_\_\_

Peso actual en kg: \_\_\_\_\_

Talla actual en cm: \_\_\_\_\_

FÓRMULAS	LATAS/MES	FÓRMULAS	LATAS/MES
ALFAMINO polvo x 400 grs.		NUTRILON H.A. lata x 400 grs.	
ALFARE lata x 400 grs.		NUTRILON PEPTI JUNIOR HE lata x 400 grs.	
AMINOMED PREMIUM lata x 400 grs.		NUTRILON PEPTI SYNEO lata x 400 grs.	
KAS 1000 env.x 400 grs.		SanCor Bebé Advanced 1 pvo.x 800 grs.	
NEOCATE JUNIOR C/PREBIOTICO SIN SABOR polvo x 400 grs.		SanCor Bebé Advanced 2 pvo.x 800 grs.	
NEOCATE JUNIOR C/PREBIOTICO VAINILLA polvo x 400 grs.		SanCor Bebé Advanced AR lata x 400 grs.	
NEOCATE SYNEO env.x 400 grs.		SanCor Bebé Advanced Prematuros lata x 400 grs.	
NUTRAMIGEN LGG lata x 357 grs.		VITAL 1 NF est.x 1000 grs.	
NUTRILON A.R. O A.R.1 lata x 800 grs.		VITAL 2 NF lata x 800 grs.	
Nutribaby 1 HMO 400 mgs		Enfabebe sin lactosa 400 mgs	
Nutribaby 1 HMO 800 mgs		Nutribaby BL 400 mgs	
Nutribaby 2 HMO 400 mgs		Enfabebe prematuros 363 mgs	
Nutribaby 2 HMO 800 mgs		Enfamil prematuros 363 mg	

Nutrbaby prematuros 400 grs		Nan 2 Opiro 800 mgs	
Enfabebe AR 400 mgs		Nan AR 400 mgs	
Nutribaby AR 400 mgs		Pre Nan 400 mgs	
Nan 1 Optipro 400 mgs		Nidina 1 800 mg	
Nan 1 Optipro 800 mgs		Nidina2 800 mgs	

**Otras fórmulas para enfermedades congénitas del metabolismo:**

ENFERMEDAD CONGÉNITA DEL METABOLISMO	FÓRMULA INDICADA	LATAS/MES

**IMPORTANTE: Debe adjuntar orden médica y exámenes complementarios asociados si fueron realizados.**

**A. Datos del médico tratante:**

(DEBE SER FIRMADO POR: Médico Pediatra, Neonatólogo, Alergista, Gastroenterólogo o Inmunólogo pediátrico)

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**Matrícula médica:** \_\_\_\_\_

**Número de celular de contacto:** \_\_\_\_\_

**Email de contacto:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma y sello del médico**

\*condición médica o patología principal por la que estás solicitando la fórmula: La leche para reflujo gastroesofágico tiene cobertura hasta los 6 meses de edad, en caso de que corresponda. La agalactia materna debe estar debidamente justificada por parte del médico tratante de la madre, no por el pediatra.