

Escuelas Públicas del Condado de Prince William  
Plan de tratamiento de salud  
Alimentación por sonda

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ SY: \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Aula: \_\_\_\_\_

Tipo de tubo:

Sonda Gástrica  Sonda Gastroyeyunal  
 Sonda nasogástrica  Sonda de  
yeyunostomía

Tamaño \_\_\_\_\_

Método de alimentación: Tipo de alimentación:

Bomba de nutrición enteral  Fórmula \_\_\_\_\_  
 Gravedad  Alimento en puré: \_\_\_\_\_

Por bolos  Otro: \_\_\_\_\_

Requisitos de la orden:

- Se requiere una nueva orden del proveedor de atención médica para cada año escolar;
- El personal completará el Registro de Alimentación Individual después de cada alimentación;
- El padre/tutor proporcionará fórmula adicional para guardar en caso de derrame;
- Si se sale el tubo, se llamará al padre/tutor. El personal de las Escuelas Públicas del Condado de Prince William NO volverá a insertar el tubo;
- El padre/tutor es responsable de preparar los alimentos (hacer puré, colar, picar, cortar en cubitos, etc.); y
- El padre/tutor hará una demostración antes de la primera alimentación en la escuela.

Ventilación necesaria:  Sí  No

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Comprobaciones residuales:  Si  No

DETENGA LA ALIMENTACIÓN si el residuo es superior a \_\_\_\_\_ cc.

Reste el volumen residual del volumen de alimentación si el residuo está entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ cc.

1ª Alimentación:

Hora: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Régimen: \_\_\_\_\_ Lavado: \_\_\_\_\_ cc de agua después de la alimentación.

2º Alimentación:

Hora: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Régimen: \_\_\_\_\_ Lavado: \_\_\_\_\_ cc de agua después de la alimentación.

Alimentación PRN:

Hora: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ Régimen: \_\_\_\_\_ Lavado: \_\_\_\_\_ cc de agua después de la alimentación.

Agua que se debe administrar entre las comidas:  Si  No

Tiempo(s): \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del médico

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre/tutor en letra de

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor: