

Paciente:

Código: (a rellenar por el Laboratorio)

El Dr. / La Dra.

Licenciado/a en Medicina y colegiado/a en

con el número **INFORMA:**

Que con fecha ha realizado visita médica diagnóstica y terapéutica a dicho/a paciente y, tras realizar las pertinentes anamnesis, exploración clínica y valoración de pruebas complementarias, no encuentra contraindicación para (señalar lo que proceda):

INICIAR tratamiento dietético  
CONTINUAR tratamiento dietético

Por ello:

Le autoriza a realizar tratamiento de Dieta de Aporte Proteico PROTÉFINE con la siguiente pauta:

Fase del programa:

Nº de preparados proteicos por día: durante días

Le autoriza a realizar protocolo de suplementación micronutricional INOVANCE<sup>®</sup> mediante:

Sodium NaCl (Sal)	Dynovance
Potassium (compr. de 400 mg)	Sérovance
Vitaminas-Minerales	Hepactiv
Calcium	Lipo Actif
Magnesium	Cabellos y Uñas
Nutri Omega	Derma Protección
Drenaje	Agua de Mar Hipertónica
Tránsito Intestinal	Antioxidante
Probióticos Digestivos	Otros:

(Duración del tratamiento y posología: seguir pauta prescrita)

Fecha: Firmado:

(Esta autorización tiene una validez de: días)

Observaciones:

## **CÓMO HACER SU PEDIDO A LABORATORIOS YSONUT:**

- Por teléfono: **900 100 200**
- Por Fax: 900 100 174
- Por e-mail: [sacconsumidor@ysonut.com](mailto:sacconsumidor@ysonut.com)
- Acudiendo a nuestros Espacios Ysonut de atención al cliente.

### **BARCELONA**

C/ Provença, 302 Bajos

### **LLEIDA (Corner)**

Avenida Prat de la Riba, 23 Local C

### **PINTO (MADRID)**

C/ Granada, 10

### **GIRONA**

C/ del Carme, 151

### **ZARAGOZA**

Residencial Paraíso, 8 local 77

### **MADRID**

C/ Núñez de Balboa, 103

### **VIGO**

C/ Barcelona, 52,

### **VALENCIA**

C/ Reina Na Germana 7

### **TERRASSA**

C/ Cardaire, 29