

Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL Tratamiento de HTAP

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas. El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

Medico solicitante:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

Suspensión de tratamiento: NO SI Fecha: ___/___/___

Causa:

- Efectos adversos. Especifique _____
- Indicación médica
- Abandono
- Fallecimiento
- Otra: _____

Cambia de tratamiento: NO SI

Cambia de medicación con respecto al último pedido? NO SI Tratamiento que recibía: Bosestan Iloprost

Motivo del cambio:

- Progresión o falta de respuesta (requiere documentar con paraclínica completa que incluya cateterismo derecho)
- Efectos adversos. Especifique _____
- Indicación médica
- Abandono
- Fallecimiento
- Otra: _____

Tratamiento solicitado: Bosestan Iloprost Para el mes de: _____

Información del mes en curso

Fecha de inicio de tratamiento ___/___/___ Fecha de último control: ___/___/___

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: No Si Tos Irritativa. Broncoespasmo.
 Cefaleas. Hipotensión.
 Alteraciones del hepatograma. Anemia.
 Edemas Otros

Especifique _____

Tratamiento que recibe:

Tratamiento	Inicio (Fecha)	Suspensión (Fecha)	Causa de suspensión	Dosis/día
Oxígeno				
Diuréticos				
Digoxina				
Anticoagulantes				
Nifedipina				
Diltiazem				
Amlodipina				
Sildenafil				
Tadalafilo				
Bosentan				
Iloprost				
Otros. Esp.: _____				

Seguimiento: En todos los casos debe enviarse documentación correspondiente.

Informe sobre respuesta al tratamiento: no si

Mensual: Clase funcional: I II III IV

Trimestral: Test de la marcha en 6 min: Metros _____ SAT O2 _____% Disnea (E. de Borg) _____

Semestral:

Ecocardiograma:

Diámetro: VD _____ mm AD _____ mm VI _____ mm

PSAP _____ mmHg Índice de TEI VD: _____, _____ Derrame Pericárdico: Si No

Cateterismo derecho: cuando existe respuesta sub-óptima, dudas fundadas sobre la misma o que se plantee cambio o asociación de drogas (ver normativa)

PSAP _____ mmHg PDAP _____ mmHg PAP MEDIA _____ mmHg

Tratamiento solicitado

Bosentan Dosis: _____ mg / día; cada _____ horas.

Iloprost: Dosis: _____ mg cada _____ horas

Consideraciones que juzgue relevantes: