

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIOR para tratamiento de ENFERMEDADES LISOSOMALES

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 de suspensión: ___/___/___

Motivo de suspensión:

- Intolerancia Efecto adverso severo Abandono
 Fallecimiento Otro motivo

CONTROL DEL TRATAMIENTO

Nº total de infusiones administradas: ___

Reacciones adversas: NO SI Esp. _____

TRATAMIENTO SOLICITADO:

- Agalsidasa alfa
 Velaglucerasa
 Idursulfasa

Peso (kg): ___ ___ Dosis propuesta (dosis/kg): ___ , ___ Dosis mensual : ___ viales

SEGUIMIENTO SEMESTRAL

Enfermedad de Fabry

Proteinuria (gr/l): ___

Función renal: Normal Patológica Clearance de creatinina (ml/min): ___ ___

Enfermedad de Gaucher

Hemograma: Normal Anemia Trombocitopenia Otro

Funcional hepático: Normal Patológico

Enfermedad de Hunter

Cuantificación de glucosaminoglucanos en orina: Positivo Negativo

Ecografía abdominal. Normal Anormal Vol. Hepático ___ ___ Vol. Esplénico ___ ___

Test de marcha 6' Distancia (m) ___ ___ Sat. O2 inicial ___ ___ Sat. O2 final ___ ___

Ecocardiograma: Normal HVI Alteraciones valvulares

SEGUIMIENTO ANUAL

Enfermedad de Fabry

Ecocardiograma: Normal HVI Insuficiencia valvular Otro

Enfermedad de Gaucher

TAC abdominal: Normal Hepatomegalia Esplenomegalia Otro

Valoración ósea: Normal Patológica

Quitotriosidasa (nmol/ml x h): ___ ___ ___ ___

Enfermedad de Hunter

Funcional Respiratorio: CVF ___ ___ VEF1 ___ ___ VEF/CVF ___ ___

Valoración oftalmológica: Normal Anormal

Valoración otorrinolaringológica: Normal Anormal

CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES:

INGRESO POR SISTEMA