

**Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL
Tratamiento de Artritis Idiopática Juvenil**

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

TRATAMIENTO SOLICITADO:

Adalimumab Etanercept Infliximab
 Golimumab Tocilizumab Tofacitinib

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO:

NO SI Fecha: ___/___/___

Causa: Intolerancia. Especifique _____
 Efectos adversos. Especifique _____
 Indicación médica
 Abandono
 Fallecimiento
 Otra: _____

CAMBIO DE TRATAMIENTO:

¿Cambia de fármaco? NO SI

Droga que tomaba: Adalimumab Etanercept Infliximab Tofacitinib
 Golimumab Tocilizumab iv Tocilizumab sc

En tratamiento desde: ___/___/___ a dosis de _____ mg/día

Motivo del cambio: Intolerancia a la droga
 Toxicidad por la droga
 Falla del tratamiento
 Otro. Especifique _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: No Si
 Síndrome lupus-símil por autoanticuerpos.
 Infección por gérmenes oportunistas o comunes. TBC o Especificar _____
 Desórdenes desmielinizantes.
 Descompensación cardiovascular.
 Hematológicos. Especificar _____
 Otras. Especificar _____

Tratamiento complementario: No Si

AINE no si droga _____ dosis _____
 Corticoides no si droga _____ dosis _____
 FAME no si droga _____ dosis _____
 Otros. Especificar _____

SEGUIMIENTO TRIMESTRAL

Informe sobre respuesta al tratamiento: No Si

JADAS-27: ____, ____

Fecha: __/__/____

Número de entesis: ____

JADAS-10: ____, ____

Fecha: __/__/____

PCR (mg/dl): ____, ____

Fecha: __/__/____

VES: ____

Fecha: __/__/____

SEGUIMIENTO SEMESTRAL

Cor set de evaluación ACR (seguimiento)

Fecha de la evaluación: __/__/____

EVA global paciente o padre: ____

EVA global Médico: ____

Criterio de mejoría:

- ACR 50
- ACR 70
- ACR 90
- ACR 100

Número de articulaciones activas: ____ Número de articulaciones limitadas: ____

CHAQ: __, ____

HAQ: __, ____

DOSIS SOLICITADA

Peso (Kg): ____

Talla (cm): ____

Drogas	Si (x)	Dosis (mg)	Cada cuantas semanas
Adalimumab			
Infliximab			
Etanercept			
Tocilizumab iv			
Tocilizumab sc			
Golimumab			
Tofacitinib			

Consideraciones que juzgue relevantes: