

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 _____

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 _____

TRATAMIENTO SOLICITADO: Adalimumab Etanercept Infliximab
 Golimumab Tocilizumab

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
 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

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

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

Cor set de evaluación ACR (seguimiento)

Fecha de la evaluación: ___/___/___

EVA global paciente o padre: ___ EVA global Médico: ___

Número de articulaciones activas: ___ Número de articulaciones limitadas: ___

CHAQ: ____, ___

VES: _____

Fecha: ___/___/___

JADAS-27: ____, ___

Fecha: ___/___/___

PCR: ____, ___

Fecha: ___/___/___

BASDAI: ____, ___

Fecha: ___/___/___

ASDAS: ____, ___

Fecha: ___/___/___

Criterio de mejoría:
 ACR 30
 ACR 50
 ACR 70
 ACR 90
 ACR 100

SEGUIMIENTO SEMESTRAL

BASFI: ____, ___ Fecha: ___/___/___

Comentarios:

SEGUIMIENTO ANUAL:

BASFI: ____, ___ Fecha: ___/___/___

- Rx. de manos _____
- Rx. de pies _____
- Rx. de otras articulaciones afectadas: Cuales _____

Comentarios:

DOSIS SOLICITADA

Peso (Kg): _____ Talla (cm): _____

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

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA