

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO de AIJ

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MÉDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

TRATAMIENTO SOLICITADO: Adalimumab Etanercept Infliximab
 Tocilizumab Golimumab Tofacitinib

DIAGNÓSTICO Artritis Idiopática Juvenil Fecha del diagnóstico: ___/___/___

- Forma:** Sistémica
 Oligoartritis Persistente o Extendida
 Poliarticular FR positivo
 Poliarticular FR negativo
 Artritis psoriásica
 Artritis relacionada con entesitis
 Artritis indiferenciada

Manifestación extraarticular: No Si ¿Cuál? _____

SITUACION CLINICA (según corresponda):

Cor set de evaluación ACR (inicial)

Fecha de la evaluación: ___/___/___

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

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

CHAQ: __, __ HAQ: __, __

VES: ___ Fecha ___/___/___

PCR (mg/dl): __, __ Fecha: ___/___/___

JADAS-27: __, __ Fecha: ___/___/___ JADAS-27: __, __ Fecha: ___/___/___(*)

JADAS-10: __, __ Fecha: ___/___/___ JADAS-10: __, __ Fecha: ___/___/___(*)

(*) Dos determinaciones separadas al menos un mes

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES No Si
 Cardiopatía congénita
 Cardiopatía valvular Otras _____
 Insuficiencia cardíaca

RESPIRATORIOS No Si
 Asma TBC
 NA
 Otros _____

NEUROLÓGICOS No Si
 Especificar _____

ENDOCRINO METABÓLICOS No Si
 Diabetes Obesidad
 Hipotiroidismo Otros
 Hipertiroidismo

INFECCIONES No Si
 Especifique: _____

CIRUGIA RECIENTE (< de 6 meses) No Si
 Especifique: _____

NEFRO UROLÓGICOS No Si
 Insuficiencia renal Infección urinaria
 Otros

DIGESTIVOS No Si
 Hepatopatía Hepatitis
 Enfermedad celiaca Otras

HEMATOLÓGICOS No Si
 Trastornos hemorrágicos Anemia
 Estados trombofílicos Otros

OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES
 Si Cual _____
 No

NEOPLASIAS No Si Fecha _____
 Cual _____
 Localizada
 Diseminada Espec. _____

OTROS No Si
 HIV
 Varicela
 Tabaquismo
 Consumo de drogas
 Alcoholismo
 Otros

TRATAMIENTOS Recibidos

Tratamiento	Inicio (Fecha)	Finalización (Fecha)	Causa de suspensión	Dosis
AINE*				
Corticoides				
Metotrexate				
Sulfasalacina				
Ciclosporina				
Adalimumab				
Etanercept				
Infliximab				
Golimumab				
Tocilizumab				
Tofacitinib				
Otros. Especifique: _____				

* especificar cual **especificar dosis indicada y dosis acumulada

Quimioprofilaxis para BK: No Si

Indicada por: PPD
 Booster
 IGRA
 AP de tuberculosis
 RxTx patológica
 Otro

TRATAMIENTO PROPUESTO

Peso (Kg): ___ ___ ___ Talla (cm): ___ ___ ___

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

Asociado a _____ (FAME,dosis, vía, frecuencia)

Consideraciones que juzgue relevantes: