

Formulario de solicitud de DOSIS posterior para tratamiento de la APLASIA MEDULAR ADQUIRIDA

Fecha de solicitud : ___/___/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO: NO SI Fecha: ___/___/____

Motivo: Intolerancia/ Eventos adversos Indicación médica (normalización del hemograma)
 Abandono Falta de respuesta Fallecimiento
 Otro. Cual _____

CAMBIO DE DOSIS: NO SI Fecha: ___/___/____

Cuál ajuste? Aumento de dosis Descenso de dosis

Motivo de ajuste de dosis: _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO:

Fecha de último control: Fecha: ___/___/____

COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD? No Si

Sangrados? No Si Fecha: ___/___/____

Recuento plaquetario al momento del sangrado: _____ mil/mm³

Clasificación del sangrado (si hay más de 1 sitio de sangrado marcar según el más severo):

- Leve:** sangrado microscópico o pérdidas vaginales leves, petequias, equimosis <2,5 cm, sangrado oral o nasal <=1 hora de duración.
- Moderado:** sangrado evidente que no requiere transfusión.
- Grave:** que requiere transfusión o sangrado intracraneano asintomático (evidente solo por imagen).
- Potencialmente fatal:** hemorragia masiva, con repercusión hemodinámica o que genera déficit neurológico o discapacidad (ej s. retiniano con compromiso visual).

Infecciones en el último mes? No Si Cuál? _____

Germen identificado? No Si Cuáles? Germen comunes Germen oportunistas

Requirió tratamiento intravenoso (ATB u otro)? No Si

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO? No Si

Fenómenos tromboembólicos? No Si

Cuáles? TEP TVP Trombosis venosa superficial Trombosis arterial AIT
 ACV isquémico IAM Otro.Cuál? _____

Alteración del hepatograma? No Si

Otros eventos adversos? No Si Cuáles? _____

PARACLÍNICA:

Hemograma actual: Fecha ___/___/___

Glóbulos rojos: Normales Descendidos
 Neutrófilos: Normales Descendidos
 Plaquetas: ___ ___ mil/mm3

Resultado con respecto al mes anterior:

Glóbulos rojos: Aumento Estable Descenso
 Neutrófilos: Aumento Estable Descenso
 Plaquetas: Aumento Estable Descenso

Hepatograma actual: Fecha ___/___/___

Resultado: Enzimas multiplica x 2 sobre valor previo Enzimas multiplica x 4 sobre valor previo

TRATAMIENTO CONCOMINANTE No Si

Tratamiento	SI
Corticoides	
Factores estimulantes de colonias granulocíticas	
Eritropoyetina	
Quelantes de hierro	
Ciclosporina	
Timoglobulina	
Otros	

TRATAMIENTO SOLICITADO:

Dosis diaria propuesta de Eltrombopag: ___ ___ mg

Consideraciones que juzgue relevantes: