

Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de la APLASIA MEDULAR ADQUIRIDA

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO HEMATÓLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

Aplasia medular Adquirida Fecha del diagnóstico: ___/___/___

SITUACIÓN CLÍNICA

Severidad de la aplasia medular adquirida: severa muy severa

Dependencia de transfusiones: No Si Fecha de última transfusión de GR: ___/___/___

Fecha de última transfusión de plaquetas: ___/___/___

Sangrados? No Si Fecha: ___/___/___

Recuento plaquetario al momento del sangrado: ___ ___ mil/mm³ Fecha: ___/___/___

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

ANTECEDENTES PERSONALES No Si

CARDIOVASCULARES: No Si

- Cardiopatía isquémica IAM
 - Cardiopatía valvular Claudic. intermitente
 - Arritmias Insuf. venosa crónica
 - HTA Otros
 - Insuficiencia cardíaca
- Clase funcional NYHA: I II III IV

RESPIRATORIOS: No Si

- Asma TBC
- Bronquitis crónica Tabaquismo actual
- EPOC Ex tabaquista
- Otros

DIGESTIVOS: No Si

- Hepatopatía Enf. diverticular
 Hepatitis B Hepatitis E
 Hepatitis C Otros

ENDÓCRINOS METABOLICOS: No Si

- Diabetes Obesidad
 Hipotiroidismo Otros
 Hipertiroidismo

NEUROLÓGICOS: No Si

- ACV isquémico AIT
 ACV hemorrágico Síndrome Parkinsoniano
 Encefalopatía vascular Demencia
 Epilepsia Otros

NEFRO UROLOGICOS: No Si

- Insuficiencia renal Infección urinaria
 Diálisis Otros
 Nefrectomía

HEMATOLÓGICOS: No Si

Cuales: _____

ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS: No Si

- Localizada
 Diseminada Especif. _____

OTROS : No Si

- HIV Otros. Cuál? _____
 Alcoholismo

PARACLÍNICA

Hemograma actual: Fecha: ___/___/___

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

TRATAMIENTOS PREVIOS O CONCOMINANTES No Si

Tratamiento	SI	Marcar si es Tratamiento actual o suspendido (finalizado)
Corticoides		
Factores estimulantes de colonias granulocíticas		
Eritropoyetina		
Quelantes de hierro		
Ciclosporina		
Timoglobulina		
Otros		

TRATAMIENTO SOLICITADO:

Dosis diaria propuesta de Eltrombopag: _____, ___ mg/día

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA