

Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL TRATAMIENTO de Artritis reumatoidea

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 DE TRATAMIENTO: NO SI Fecha: ___/___/___

Motivo: Intolerancia Efectos adversos
 Indicación médica Abandono
 Fallecimiento Otra

Especifique: _____

CAMBIO DE TRATAMIENTO

Cambia de fármaco? No Si

Droga que tomaba:

Adalimumab Infliximab Etanercept Tofacitinib
 Rituximab Tocilizumab Golimumab Upadacitinib

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

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

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de inicio de tratamiento: ___/___/___

Fecha de último control: ___/___/___

Tolerancia al tratamiento

Efectos adversos: NO SI

Síndrome lupus-simil por autoanticuerpos Infección por gérmenes oportunistas o comunes.
 Desordenes desmielinizantes Descompensación cardiovascular
 Hematológicos Otros

Especificar: _____

Tratamiento complementario: NO SI

- | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AINE | <input type="checkbox"/> Leflunomida | <input type="checkbox"/> Azatioprina |
| <input type="checkbox"/> Corticoides | <input type="checkbox"/> Hidroxicloroquina | <input type="checkbox"/> Ciclosporina |
| <input type="checkbox"/> Metotrexate | <input type="checkbox"/> Sulfasalacina | <input type="checkbox"/> Otros |

SEGUIMIENTO TRIMESTRAL

Informe sobre respuesta al tratamiento: NO SI

DAS 28: __, __ __ Fecha: __/__/__

Comentarios: _____

Paraclínica: VES: ____ PCR (mg/dl): _____

SEGUIMIENTO ANUAL

HAQ (anual): __, ____ Fecha: __/__/__

DOSIS MENSUAL SOLICITADA

- Adalimumab Dosis: ____ mg cada ____ semanas
- Infliximab Dosis: ____ mg cada ____ semanas
- Etanercept Dosis: ____, __ mg cada ____ semanas
- Rituximab Dosis: ____ mg cada ____ semanas
- Tocilizumab Dosis: ____ mg cada ____ semanas
- Golimumab Dosis: ____ mg cada ____ semanas
- Tofacitinib Dosis: ____, __ mg/ día
- Upadacitinib Dosis: ____, __ mg/ día

Consideraciones que juzgue relevantes: