

Formulario de solicitud de DOSIS trimestral Para tratamiento de Asma alérgico severo no controlado

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Neumólogo SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

SUSPENSIÓN del tratamiento No Si Fecha ___/___/___

Motivo: Indicación médica Abandono del paciente Progresión o falta de respuesta
 Fallecimiento Embarazo Efectos adversos
 Otro. _____

SEGUIMIENTO de la SITUACIÓN CLINICA en el último trimestre

Fecha de último control médico: ___/___/___

ACT: Fecha: ___/___/___

En las últimas 4 semanas ¿le ha impedido su asma hacer todo lo que quería en el trabajo en la escuela o en la casa?

- 1 Siempre 2 La mayoría del tiempo
3 Algo del tiempo 4 Un poco de tiempo 5 Nunca

Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia le ha fallado aire?

- 1 Más de 1 vez al día 2 Una vez al día de 3 a 6 veces por semana
3 Uno o dos veces por semana 4 Nunca

Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia sus síntomas del asma (respiración sibilante, o un silbido al pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual de la mañana?

- 1 Cuatro ó más noches por semana 2 Dos o tres veces por semana
3 Una vez por semana 4 Una o dos veces 5 Nunca

Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador (como albuterol)?

- 1 Tres ó más veces por día 2 Una o dos veces por día
3 Dos o tres veces por semana 4 Una vez por semana o menos 5 Nunca

¿Cómo evalúa el control de su asma durante las últimas 4 semanas?

- 1 No controlada en absoluto 2 Mal controlado
3 Algo controlado 4 Bien controlado 5 Completamente controlado

PUNTAJE TOTAL: ___ (0 a 25) puntos

Número de Exacerbaciones de asma: ____

Necesidad de corticoides sistémicos en el tratamiento diario: No Si

Prednisona Otro Cual _____

Dosis: ____ mg

Nº de tratamiento con pulso de corticoides: ____

Uso diario de inhaladores de rescate:

Tres o más veces/día Dos o más veces/día Una vez por semana ó menos Nunca

Nº de consultas médicas no programadas: ____

Nº de consultas de emergencia en centros asistenciales o extra hospitalarios: ____

Ausentismo escolar: No Si Nº días de ausentismo: ____

Ausentismo laboral: No Si Nº días de certificación: ____

Nº de hospitalizaciones con exacerbación de asma: ____

Sala de medicina Días: ____ C. intermedios Días: ____ CTI Días: ____

Requirió IOT: Si No Requirió VNI: Si No

Última hospitalización por exacerbación por asma: Fecha ____/____/____

Sala intermedios CTI

EGET: Evaluación global de eficacia terapéutica

- Empeoramiento (0) sin cambios apreciables (1) control completo (4)
 cambios limitados (2) Mejoría marcada (3)

Tratamiento que recibe actualmente

NOMBRE QUÍMICO	DOSIS DIARIA	UNIDAD
Fluticasona	_____	mcg
Indacaterol	_____	mcg
Budesonida/Formoterol Fluticasona/Salmeterol Fluroato fluticasona/ Vilanterol	_____ _____ _____	mcg
Tiopropio	_____	mcg
Montelukast	____	mg
Teofilina	_____	mg
Salbutamol	_____	mcg
Omalizumab	_____	mg
Prednisona Hidrocortisona	_____ _____	mg mg

Efectos adversos de medicación: No Si

- Cutáneos en sitio de inyección (dolor, eritema)
- Anafilaxias
- Enfermedad Autoinmune.
- Neoplasias
- Síndrome Eosinofílico
- Trombocitopenia
- Reacción de hipersensibilidad
- Eventos vasculares trombóticos (TEP, Stroke, AIT, IAM)
- Infecciones
- Otro

Especificar: _____

TRATAMIENTO SOLICITADO

Omalizumab

Dosis a administrar (mg): _____ (75 a 1.200)

Cada: 4 semanas 2 semanas

SEGUIMIENTO ANUAL

FUNCIONAL RESPIRATORIO: realizado en el último año Fecha ____/____/____

VEF1/ CVF _____ % VEF1 _____ %

INMUNIZACIONES VIGENTES:

Vacunación antigripal anual: No Si Fecha ____/____/____

Consideraciones _____