

Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO del ASMA ALÉRGICO SEVERO NO CONTROLADO

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

MEDICO NEUMÓLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

Fecha desde que comienza a tratar al paciente ___/___/___

DIAGNÓSTICO

Asma alérgico mediado por IGE, severo, no controlado en el último año

Fecha del diagnóstico: ___/___/___ Edad de inicio del asma (años): ___

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL:

Llenar sólo lo referente a los últimos 3 meses

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

SITUACIÓN CLÍNICA EN EL ÚLTIMO AÑO

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

FUNCIONAL RESPIRATORIO

Fecha ___/___/___

VEF1/ CVF: ___ %

VEF1 pre BD: ___ %

VEF1 post BD: ___ %

PARACLÍNICA

Dosificación Ig E: Resultado: ___ UI/ml (30- 1.500) Fecha: ___/___/___

Eosinófilos/Hemograma: Resultado: ___ % (0 a 80%) Fecha: ___/___/___

Rx de tórax Normal Patológica Fecha: ___/___/___

TC de tórax Normal Patológica Fecha: ___/___/___

Serología Aspergillus Positivo Negativo Fecha: ___/___/___

ANCA Positivo Negativo Fecha: ___/___/___

Test de alergia realizado: No Si

Prick Test Positivo Negativo Fecha: ___/___/___

IG E específico Positivo Negativo Fecha: ___/___/___

COMORBILIDADES Y FACTORES DE RIESGO

Ocupación: _____

Rinosinusitis: No Si

Controlado y tratado: Si No

RGE: No Si

Controlado y tratado: Si No

Ansiedad/Depresión: No Si

Controlado y tratado: Si No

SAHOS: No Si

Controlado y tratado No Si

Uso de CPAP: Si No

Obesidad: No Si Talla: _____ cm. Peso: _____ Kg IMC: _____

Mala adherencia al tratamiento: Si No

Identificación de tabaquismo previo: No Si Tiempo de abstinencia (meses): _____

Identificación de tabaquismo:

¿Estuvo expuesto a humo de tabaco propio en los últimos 3 meses? Si No

¿Estuvo expuesto a humo de tabaco ajeno en los últimos 3 meses? Si No

Cotina en orina del último mes: Positivo Negativo Rango: _____ Nanogramos (1 a 7.378)

¿Está recibiendo en la actualidad sustituto nicotínico? Si No

Inmunizaciones vigentes:

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

Vacunación antineumococcica: Si No Fecha: ____/____/____

Exposición persistente a alérgenos (entorno domiciliario y/o ocupacional): Si No

Test adherencia inhaladores (TAI)

PUNTAJE: _____ (1 – 50)

1. ¿En los últimos 7 días, cuantas veces olvidó tomar sus inhaladores habituales?

1 -Todas 2. Más de la mitad 3. Aprox. la mitad 4. Menos de la mitad 5. Ninguna

2. Se olvida de tomar los inhaladores

1 Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4 Casi nunca 5. Ninguna

3. Cuando se encuentra bien de su enfermedad, deja de tomar sus inhaladores

1 Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

4. Cuando está de vacaciones o fin de semana, deja de tomar sus inhaladores

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4 Casi nunca 5. Nunca

5. Cuando está nervioso/a o triste, deja de tomar sus inhaladores

1 Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

6. Deja de tomar sus inhaladores por miedo a posibles efectos secundarios

1. Siempre 2. Con siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

7. Deja de tomar sus inhaladores por considerar que son de poca ayuda para tratar su enfermedad

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

8. Toma menos inhalaciones de las que su médico le prescribió

1 Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

9. Deja de tomar sus inhaladores porque considera que interfieren con su vida cotidiana o laboral

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

10. Deja de tomar sus inhaladores porque tiene dificultad para pagarlos (*)

1. Siempre 2. Casi siempre 3. A veces 4. Casi nunca 5. Nunca

11. Conoce o recuerda el paciente la pauta (dosis y frecuencia) que se le prescribió

1. no 2. Si

12. La técnica de inhalación del dispositivo del paciente es:

1. con errores críticos 2. Sin errores críticos o correcta

(*) Las preguntas 11 y 12 las deberá responder el médico responsable

ANTECEDENTES PERSONALES

RESPIRATORIOS:

- No Si

- Bronquiectasias ABPA
 Enfisema TBC
 Aspergilosis invasiva TEP
 Disfunción Cuerdas Vocales Fibrosis Quística
 CBP EPOC

ANAFILAXIA: Si No

CARDIOVASCULARES: No Si

FEVI ___ %

ENF. AUTOINMUNES: No Si

- Lupus
 Otros

ONCOLÓGICOS: Si No

METABOLICOS: Si No

- Diabetes
 Dislipemia

HIV:

- Si No

ALCOHOLISMO:

- Si No

OTRAS ADICCIONES:

- No Si

Cual _____

Efectos adversos de los corticoides:

- No Si

- Osteoporosis
 Cataratas
 Diabetes
 Miopatía
 HTA
 Neoplasias

ANTECEDENTES FAMILIARES

- No Si

- Atopía Asma

TRATAMIENTO del asma en el último año:

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 Hidrocloridato	_____	mg mg

TRATAMIENTO SOLICITADO

Omalizumab **Peso** _____ **Kg** **Ig E:** _____

Dosis a administrar: _____ mg Cada: _____ semanas (2 o 4)

INGRESO POR SISTEMA