

## 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