

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIOR para tratamiento de CITOMEGALOVIRUS

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas. El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

SITUACIÓN DEL TRATAMIENTO A LA FECHA

- Continúa con el tratamiento
- Suspende el tratamiento
- Finaliza el tratamiento

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO

NO SI

Fecha de suspensión: ___/___/___

Motivo de suspensión:

- Intolerancia
- Efecto adverso severo
- Abandono
- Fallecimiento
- Otro motivo

FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO

Fecha de finalización: ___/___/___

Situación al término del tratamiento:

- No presentó infección ni enfermedad
- Presentó infección sin enfermedad
- Presentó síndrome viral
- Presentó enfermedad visceral

Organo comprometido:

Fecha: ___/___/___

Fecha: ___/___/___

Fecha: ___/___/___

- Hígado
- Esófago
- Pulmón
- Corazón
- Otro
- Encefalo-retina
- Colon
- Páncreas
- Riñón

- Buena evolución

Tolerancia al tratamiento: Buena Regular Mala

Efectos adversos: No Si

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Vómitos | <input type="checkbox"/> Constipación | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Dolor lumbar | <input type="checkbox"/> Insomnio |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Astenia | <input type="checkbox"/> Cefalea |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Neutropenia | <input type="checkbox"/> Temblor |
| <input type="checkbox"/> Erupción cutánea | <input type="checkbox"/> Plaquetopenia | <input type="checkbox"/> Edema de MMII |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | | |

Especifique otras importantes: _____

CONTINÚA TRATAMIENTO

Modifica el tratamiento inicial ? No Si

- Motivo de la modificación :
- Efectos colaterales
 - Interacción medicamentosa
 - Otro

Creatinina actual : _____ FG : _____ , _____

Para retinitis a CMV :

Carga viral actual : (copias/ml) : _____ (log) : _____ , _____

Conteo CD4 : (cel/ml) : _____

Tratamiento antiretroviral actual : _____

Evaluación oftalmológica 1^{er} mes : Si No

Evaluación oftalmológica 3er mes : Si No (Si → adjuntar foto)

DOSIS DIARIA SOLICITADA : Valganciclovir: _____ mg

OTRAS CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES: