

## Formulario de solicitud de 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:** C.I.: \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### SOLICITUD PARA:

- Trasplante de órgano sólido
  - Profilaxis universal
  - Profilaxis selectiva
  - Tratamiento anticipado (Preemptive)
  - Tratamiento de enfermedad por CMV
- Sdr. viral
- Enf. invasiva
  - Hepatitis
  - Neumonitis
  - Encefalitis
  - Retinitis
- Colitis
- Esofagitis
- Nefritis
- Otra \_\_\_\_\_
- Retinitis a CMV
  - Inducción
  - Mantenimiento

### **DIAGNÓSTICO:**

- Enfermedad por CMV
  - Prevención de enfermedad por CMV
  - Retinitis a CMV
- Fecha de Diagnóstico \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **SITUACIÓN CLÍNICA:**

#### Trasplante de órgano sólido

- Trasplante renal
- Trasplante Hepático
- Trasplante cardíaco
- Trasplante reno-pancreático
- Otra \_\_\_\_\_

Fecha del trasplante: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Recibe antiviral anti-CMV?  No  Si Antiviral : \_\_\_\_\_ Dosis/día : \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Recibió antivirales anti-CMV?  No  Si Antiviral : \_\_\_\_\_ Dosis/día : \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Ac. IgG anti-CMV del Receptor:  Positivo  Negativo  Indeterminado  No realizado  
Ac. IgG anti-CMV del Donante:  Positivo  Negativo  Indeterminado  No realizado

N° de Mismatch HLA-A:  0  1  2 N° de Mismatch HLA-B:  0  1  2

Tratamiento inmunosupresor basal :  Corticoides  Ciclosporina  Micofenolato  
 Azatioprina  Tacrolimus  Otro \_\_\_\_\_

Rechazo:  No  Si Fecha : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Tipo de rechazo :  Humoral  Celular  Ambos  
 Tto. para rechazo :  Corticoides  Ac. Monoclonales  Globul. anti-Timocíticas  Tacrolimus  Micofenolato  Otro \_\_\_\_\_

**Retinitis a CMV**

Fecha del diagnóstico de VIH : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Fecha del diagnóstico de retinitis a CMV : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Fecha de control con oftalmólogo : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

IgG CMV :  Positivo  Negativo  
 PCR +CMV :  LCR  Sangre  Humor vítreo

Tratamiento recibido :

Transciclovir :  No  Si Vía :  Intravenoso  Intravítreo

Infección VIH :

Carga viral actual : (copias/ml) : \_\_\_\_\_ (log) : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Conteo CD4 : (cel/ml) : \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Tratamiento antiretroviral : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PARACLÍNICA**

Antigenemia CMV :  No  Si Fecha : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Leucocitos CMV+ : \_\_\_\_\_ X 10<sup>5</sup> leucocitos

Carga viral CMV:  No  Si Fecha : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Resultado:  Positiva  Negativa  
 \_\_\_\_\_ x 10<sup>—</sup> copias/ml.

Fibrogastroscofia:  No  Si  
 Con lesiones esófago-gástricas  Sin lesiones esófago-gástricas Anatomía patológica + :  Si  No

Fibrocolonoscopia:  No  Si  
 Con lesiones colónicas  Sin lesiones colónicas Anatomía patológica + :  Si  No

Biopsia Hepática:  No  Si  Positiva para CMV  Negativa para CMV  No representativa  
Biopsia Cardíaca:  No  Si  Positiva para CMV  Negativa para CMV  No representativa  
Biopsia Renal:  No  Si  Positiva para CMV  Negativa para CMV  No representativa  
Biopsia Pulmonar:  No  Si  Positiva para CMV  Negativa para CMV  No representativa  
Lavado Bronquial, citología para inclusiones CMV:  No  Si  Positivo  Negativo  
Fondo de ojo:  No  Si  Con Retinitis  Sin Retinitis  
LCR, estudio molecular para CMV:  No  Si  Positivo  Negativo  
Hemograma: Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Glóbulos Blancos: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ % L: \_\_\_\_\_ %  
Hemoglobina: \_\_\_ gr/dl VCM \_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_  
Creatinina: \_\_\_\_\_ Azoemia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Ionograma: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_  
Hepatograma: Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ BT \_\_\_\_\_ BD \_\_\_\_\_ GOT \_\_\_\_\_ GTP \_\_\_\_\_ GGT \_\_\_\_\_  
FA \_\_\_\_\_ Albúmina \_\_\_\_\_ T. Prot. \_\_\_\_\_ INR \_\_\_\_\_  
Examen de Orina: Proteinuria \_\_\_\_\_ Sedimento: Eritrocitos \_\_\_\_\_ Leucocitos \_\_\_\_\_ Cilindros \_\_\_\_\_

**Otra Medicación que recibe actualmente:**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TMP/SMX          | <input type="checkbox"/> Isoniacida  |
| <input type="checkbox"/> Fluconazol       | <input type="checkbox"/> Rifampicina |
| <input type="checkbox"/> Itraconazol      | <input type="checkbox"/> Aciclovir   |
| <input type="checkbox"/> Otro antifúngico |                                      |

Otros Medicamentos: \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN ACTUAL**

Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_  Gestación Fecha Ultima Menstruación \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Lactancia

**CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> I Actividad Irrestricita             | <input type="checkbox"/> III Actividad muy limitada |
| <input type="checkbox"/> II Actividad Normal con limitaciones | <input type="checkbox"/> IV Incapacidad de cuidarse |

**TRATAMIENTO SOLICITADO:**  Valganciclovir

**Dosis diaria solicitada :** \_\_\_\_\_ mg

**OTRAS CONSIDERACIONES QUE JUZGUE RELEVANTES:**