

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 10⁵ leucocitos

Carga viral CMV: No Si Fecha : __/__/____ Resultado: Positiva Negativa _____ x 10[—] 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: