

Formulario de SOLICITUD de tratamiento para la COLITIS ULCEROSA

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre: _____ C.I. _____

Edad: _____ Sexo: F M Institución de origen _____

MEDICO ESPECIALISTA SOLICITANTE

Nº CJP _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

Colitis ulcerosa

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

SITUACIÓN CLINICA

Peso (Kg): _____

Talla (cm): _____

IMC (≥ 16 años): _____, _____

- Corticodependencia
- Corticorefractariedad
- Respuesta inadecuada al tratamiento inmunosupresor convencional
- Intolerancia al tratamiento inmunosupresor convencional

Severidad de la CU (Truelove y Witts): Leve Moderada Severa

PUCAI: ___ puntos

Extensión (Clasificación de Montreal)

- E1 Proctitis
- E2 Colitis izquierda
- E3 Colitis extensa
- Pouchitis

Manifestaciones extraintestinales

- Articulares
- Oftalmológicas
- Dermatológicas
- CEP

Especifique: _____

Evaluación endoscópica (Score de Mayo):

Fecha ___/___/___

- 0 Inactiva 1 Leve 2 Moderada 3 Severa

PARACLINICA

VES: _____ mm/h

Fecha ___/___/___

PCR: _____ mg/l

Fecha ___/___/___

Calprotectina fecal: _____ mg/kg

Fecha ___/___/___

Hemograma:

Fecha ___/___/___

Hb: _____, _____ g/dl

Leucocitos: _____, _____ mil/mm³

L _____, _____ %

N _____, _____ %

Plaquetas: _____ mil/mm³

Hepatograma: Fecha ___/___/___

BT: ____, __ mg/dl BD: ____, __ mg/dl Albuminemia: __, __ g/l Prot totales: __, __ g/l

TGO: _____ U/l TGP: _____ U/l FAIc: _____ U/l GGT: _____ U/l

Videocolonoscopia: Fecha ___/___/___

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES

No Si

- Insuficiencia cardíaca
 Otras Esp. _____

RESPIRATORIOS

No Si

- TBC
 Otras Esp. _____

DIGESTIVO

No Si

- Enfermedad celíaca
 Hepatopatía crónica
Esp. _____

SIQUIATRICOS

No Si

- Esp. _____

ENDOCRINO-METABÓLICOS No Si

- Hipotiroidismo Diabetes
 Hipertiroidismo

NEFROUROLÓGICOS No Si

- Insuficiencia renal
 Otras Esp. _____

HEMATOLÓGICOS

No Si

- Anemia Leucopenia

NEOPLÁSICOS

No Si

Especifique _____

AUTOINMUNES

No Si

Especifique _____

INFECCIOSOS

No Si

- HIV Hepatitis B
 Sífilis BK
 Chagas CMV
 Varicela

NEUROLÓGICOS

No Si

Esp. _____

OTROS

No Si

- Alcoholismo
 Tabaquismo
 Consumo problemático de drogas

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO RECIBIDO

	Dosis	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Prednisona			
Azatioprina			
Mercaptopurina			
Metotrexato			
Infliximab			
Adalimumab			
Golimumab			
Mesalazina oral			
Mesalazina tópica			
Otro:			

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PREVIO

Tratamiento quirúrgico previo No Si Especificar _____

TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN SOLICITADO

- Infliximab Dosis semana 0-2-6: ___ mg/Kg
- Adalimumab Dosis semana 0: ___ mg Dosis semana 2: ___ mg
- Golimumab Dosis semana 0: ___ mg Dosis semana 2: ___ mg
- Upadacitinib Dosis diaria: ___ mg

Cualquier consideración que juzgue relevante, deberá constatarse en el resumen de Historia Clínica solicitado.