

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIOR para la ENFERMEDAD DE CROHN

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre: _____ C.I. _____

Edad: _____ Sexo: F M Institución de origen _____

Médico especialista solicitante

Nº CJP _____ Nombre _____ Firma _____

Fecha de inicio del tratamiento : ___/___/___

SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO No Si Fecha: ___/___/___ (Adjuntar informe médico)

Motivo: Efectos adversos Falta de respuesta Abandono Fallecimiento
 Otra: Especifique _____

CAMBIO DE TRATAMIENTO No Si (Adjuntar informe médico)

Droga que recibía: Infliximab Adalimumab Upadacitinib Desde: ___/___/___

Motivo: Efectos adversos Falta de respuesta
 Otro Especifique _____

INFORMACIÓN DEL PERÍODO EN CURSO

Peso (Kg): _____, _____ Talla (cm): _____ IMC (≥ 16 años): _____, _____

Remisión clínica: No Si

CDAI: _____ HB: _____ PCDAI ABREV.: _____, _____

(Scores de actividad obligatorios en caso de solicitud de optimización o cambio de tratamiento, y anualmente)

Enfermedad Fistulizante Perianal: No Si

Estado: Cierre de todas las fístulas Disminución del 50% con drenaje activo Persistencia del drenaje en todas

Manifestaciones extraintestinales: No Si Especifique _____

Tabaquismo: No Si (Adjuntar informe plan cesación en caso de no respuesta)

PARACLÍNICA (Adjuntar documentación)

PCR: _____, _____ mg/l Fecha ___/___/___

Calprotectina fecal: _____ mg/kg Fecha ___/___/___

Hemograma: Normal Patológico Fecha ___/___/___

Hb: ____, __ g/dl Leucocitos: ____, __ mil/mm³

L ____, __ % N ____, __ % Plaquetas: _____ mil/ mm³

Videocolonoscopia: No Si Fecha ___/___/___

SES-CD: ___

Enfermedad hepática asociada: No Si Fecha ___/___/___

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

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

Entero-RNM: No Si Fecha ___/___/___

Resultado: sin lesiones con fibrosis con actividad inflamatoria

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO COMPLEMENTARIO

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

OPTIMIZACIÓN DE TRATAMIENTO No Si

TRATAMIENTO SOLICITADO

Infliximab ___ mg/Kg cada ___ semanas

Adalimumab ___ mg. cada ___ semanas

Upadacitinib ___ mg/día