

## Formulario de solicitud de tratamiento 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 \_\_\_\_\_

### **DIAGNÓSTICO**

Enfermedad de Crohn

Fecha del diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### **SITUACIÓN CLÍNICA**

Peso (Kg): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Talla (cm): \_\_\_\_\_ IMC ( $\geq 16$  años): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

CDAI: \_\_\_\_\_ HB: \_\_\_\_\_ PCDAI ABREV.: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

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

### **Clasificación de Montreal**

Edad:  A1  $\leq 16$   A2 17- 40  A3  $> 40$

Localización  L1 Ileon  L2 Colon  L3 Ileon y colon  L4 Digestivo alto

Patrón evolutivo  B1 Inflamatorio  B2 Estenosante  B3 Fistulizante  P Enfermedad perianal

### **Manifestaciones Extraintestinales**

- Articulares
- Oftalmológicas
- Dermatológicas
- CEP
- Otras Especifique \_\_\_\_\_

### **PARACLÍNICA**

VES: \_\_\_\_\_ mm/h Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

PCR: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ mg/l Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Calprotectina fecal: \_\_\_\_\_ mg/kg Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Hemograma** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hb: \_\_\_\_, \_\_ g/dl Plaquetas: \_\_\_\_\_ mil/mm<sup>3</sup>

Leucocitos: \_\_\_\_\_ mil/mm<sup>3</sup> L: \_\_\_\_, \_\_ % N: \_\_\_\_, \_\_ %

**Hepatograma** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BT: \_\_\_\_, \_\_ mg/dl BD: \_\_\_\_, \_\_ mg/dl PT \_\_\_\_, \_\_ g/l Albuminemia: \_\_\_\_, \_\_ g/l

TGO: \_\_\_\_\_ U/l TGP: \_\_\_\_\_ U/l FAL: \_\_\_\_\_ U/l GGT: \_\_\_\_\_ U/l

**Videocolonoscopia** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SES-CD: \_\_\_\_

**ERMN** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Videogastroscofia (L4)** Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **RMN ABD/PELVIS** 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

Esp. \_\_\_\_\_

### AUTOINMUNES No Si

Esp. \_\_\_\_\_

### INFECCIOSOS No Si

- HIV
- Sífilis  Hepatitis
- Chagas  CMV
- Varicela

### NEUROLÓGICOS No Si

Esp. \_\_\_\_\_

### OTROS No Si

- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Consumo problemático de drogas

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PREVIO

	Dosis	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Prednisona			
Azatioprina			
Mercaptopurina			
Metotrexato			
Infliximab			
Adalimumab			
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
- Upadacitinib Dosis diaria: \_\_\_\_ mg

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