

Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL Tratamiento de Espondiloartritis

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Género: Femenino Masculino Institución de origen _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO: NO SI Fecha: ___/___/___

Causa:

- Intolerancia. Especifique _____
- Efectos adversos. Especifique _____
- Indicación médica
- Abandono
- Fallecimiento
- Otra: _____

CAMBIO DE TRATAMIENTO

Cambia de fármaco? No Si

Droga que tomaba:

- Adalimumab Infliximab Etanercept Golimumab Upadacitinib

En tratamiento desde: ___/___/___ a dosis de _____ mg

Motivo de cambio:

- Intolerancia a la droga.
- Toxicidad por la droga
- Falla de tratamiento
- Otro. Especifique: _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de inicio de tratamiento actual ___/___/___

Fecha de último control: ___/___/___

Embarazo en curso: No Si

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos: No Si

- Síndrome lupus-símil por autoanticuerpos.
- Desordenes desmielinizantes.
- Descompensación cardiovascular.
- Hematológicos. Especificar _____
- Infección por gérmenes oportunistas o comunes:
 - TBC y/o otra infección granulomatosa
 - Neumonía
 - Infección urinaria
 - Infección de piel y partes blandas
 - Herpes
 - Otra infección por gérmenes oportunistas o comunes _____
- Otras. Especificar _____

Tratamiento complementario: No Si

AINE No Si droga _____ dosis _____
Corticoides i/a No Si droga _____ dosis _____
FAME No Si droga _____ dosis _____
Otros. Especificar _____

SEGUIMIENTO

Trimestral:

Informe sobre respuesta al tratamiento (según corresponda): No Si

BASDAI _____, _____ Fecha: ____/____/____
ASDAS _____, _____ Fecha: ____/____/____
NAD _____ NAT _____ Fecha: ____/____/____
DAPSA _____, _____ Fecha: ____/____/____
HAQ _____, _____ Fecha: ____/____/____
VES _____ Fecha: ____/____/____
PCR (mg/dl): _____, _____ Fecha: ____/____/____

Semestral:

Informe sobre respuesta al tratamiento: No Si (a lo que se agrega escala funcional)

BASFI _____ Fecha: ____/____/____

Comentarios:

DOSIS SOLICITADA:

Adalimumab

Dosis: _____ mg cada _____ semanas

Infliximab

Dosis: _____ mg cada _____ semanas

Etanercept

Dosis: _____, _____ mg cada _____ semanas

Golimumab

Dosis: _____, _____ mg cada _____ semanas

Upadacitinib

Dosis diaria: _____ mg

Consideraciones que juzgue relevantes: