

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO de Espondiloartritis

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MÉDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

DIAGNÓSTICO

Espondiloartritis Fecha del diagnóstico: ___/___/___

Forma:

- Axial
- Periférica
- Mixta

Sub-tipo:

- Espondiloartritis axial radiológica
- Artritis psoriásica
- Espondiloartritis axial no radiológica
- Artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal
- Otras. Especificar: _____

SITUACION CLINICA:

EVA dolor: _____ EVA global paciente: _____ EVA global Médico: _____

EVA dolor nocturno (raquis): _____

BASDAI : _____ , _____ Fecha ___/___/___ BASDAI: _____ , _____ Fecha ___/___/___ (*)

ASDAS: _____ , _____ Fecha ___/___/___ ASDAS: _____ , _____ Fecha ___/___/___ (*)

(*) Dos determinaciones separadas al menos un mes

NAD _____ Fecha ___/___/___ NAT _____ Fecha ___/___/___

DAPSA _____ , _____ Fecha ___/___/___ DAPSA: _____ , _____ Fecha ___/___/___ (**)

(**) Dos determinaciones separadas al menos un mes y máximo tres meses

VES _____ Fecha ___/___/___ PCR (mg/dl): _____ , _____ Fecha ___/___/___

HAQ _____ , _____ Fecha ___/___/___

BASFI _____ , _____ Fecha ___/___/___

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES

- No Si
- Cardiopatía isquémica Claud. intermitente
- Cardiopatía valvular Insuf. venosa crónica
- Arritmias TVP
- HTA Otros
- Insuficiencia cardíaca
- Clase funcional NYHA: I II III IV

RESPIRATORIOS

- No Si
- Asma TBC
- Bronquitis crónica NA
- EPOC Otros

NEUROLÓGICOS

- No Si
- Demencia
- Enfermedad desmielinizante
- Neuritis óptica
- Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS

- No Si
- Diabetes Obesidad
- Hipotiroidismo Otros
- Hipertiroidismo

INFECCIONES

- No Si
- Especifique: _____

CIRUGIA RECIENTE (< de 6 meses)

- No Si
- Especifique: _____

NEFRO UROLÓGICOS

- No Si
- Insuficiencia renal Infección urinaria
- Diálisis Otros

DIGESTIVOS

- No Si
- Hepatopatía Hepatitis
- Enfermedad diverticular Otras

HEMATOLÓGICOS

- No Si
- Trastornos hemorrágicos Anemia
- Estados trombofílicos Otros

OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES

- SI Cual _____
- No

NEOPLASIAS

- No Si Fecha _____
- Cual _____
- Localizada
- Diseminada Espec. _____

OTROS

- No Si
- HIV
- Tabaquismo
- Alcoholismo Otros

TRATAMIENTOS Recibidos

Tratamiento	Inicio (Fecha)	Finalización (Fecha)	Causa de suspensión	Dosis
AINE 1. Cuál? _____				
AINE 2. Cuál? _____				
Corticoides				
Metotrexate				
Leflunomida				
Sulfasalacina				
Adalimumab				
Golimumab				
Etanercept				
Infliximab				
Upadacitinib				
Otros. Especifique: _____				

Infiltraciones GC: No Si

Quimioprolifaxis para BK: No Si

Indicada por: PPD
 Booster
 AP de tuberculosis
 Rx. Tx. patológica
 Otro

TRATAMIENTO PROPUESTO

Droga de asociación: No Si Cuál? _____

TRATAMIENTO SOLICITADO:

Peso (kg): _____, _____ Talla (cm): _____ Sup. Corporal (m2): _____, _____ IMC: _____, _____

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: