

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES y SEGUIMIENTO para TRATAMIENTO de la FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

NEUMÓLOGO SOLICITANTE:

Nº CP _____ Nombre _____ Firma _____

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO:

NO

SI

Fecha: ___/___/___

Motivo:

Indicación médica

Abandono

Falta de respuesta o progresión

Fallecimiento

Efectos adversos. Especifique _____

Otro. Especifique _____

CAMBIO DE DOSIS

Cambia de dosis con respecto al último pedido?

NO

SI

Motivo del cambio:

Toxicidad

Efectos adversos

Otros

Dosis de Pirfenidona solicitada: _____ mg/día

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO:

Fecha de inicio de tratamiento: ___/___/___

Fecha de último control: ___/___/___

Internaciones: NO

SI días: _____

Internación en CTI/CI: NO

SI

Causa: Respiratoria Otra

Exacerbaciones: NO

SI

Tabaquismo actual: NO

SI

Efectos adversos: NO

SI

Cuáles?

Rash

Fotosensibilidad

Pérdida de peso

Náuseas

Vómitos

Diarrea

Anorexia

Otros _____

Disnea (mMRC): _____ (del 1 al 4)

SaO2 basal (%): _____ VEA: _____ %

Funcional y enz. Hepático: No SI Fecha: ___/___/___

TGO: _____ TGP: _____ GGT: _____

TRATAMIENTO PERMANENTE QUE RECIBE ACTUALMENTE:

Marcar con "X" el tratamiento que corresponda:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> B2 inhaladores | <input type="checkbox"/> N acetilcisteína |
| <input type="checkbox"/> Inmunosupresores Cual: _____ | <input type="checkbox"/> Nintedanib |
| <input type="checkbox"/> Predisona Dosis: ____, ____ | <input type="checkbox"/> Vacuna antineumococcica |
| <input type="checkbox"/> Otros corticoides Cual: _____ Dosis: ____, ____ | <input type="checkbox"/> Vacuna antigripal |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Rehabilitación pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Sildenafil | <input type="checkbox"/> Programa de tratamiento tabaquismo |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno domiciliario | <input type="checkbox"/> Programa de cuidados paliativos |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de RGE | <input type="checkbox"/> Otros. Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> Evaluación para trasp. Pulmonar | |

SEGUIMIENTO SEMESTRAL

Adjuntar informe sobre respuesta al tratamiento y documentación correspondiente

CVF: No SI Fecha: ___/___/___ Valor: _____, ____ (ml) _____ (%) del predicto

DLCO: No SI Fecha: ___/___/___ Valor: _____ (%)

Test de la marcha en 6 min: No SI Fecha: ___/___/___ SaO2 basal (%): _____

SaO2 final (%): _____ Distancia recorrida con o sin O2 (metros): _____

Antropometría Peso: _____ kg Talla: _____ cm IMC: _____

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA