

Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

MÉDICO NEUMÓLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

Fibrosis pulmonar idiopática

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

Tiempo desde inicio de síntomas hasta 1era consulta (meses): _____

Diagnóstico confirmado por: TACAR Biopsia Pulmonar
Patrón NIU: Típico Probable Indeterminado

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL:

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

CVF < 50 % del predicho: No Si

DLCO <= 40%: No Si Saturación < 88 % en PM6M: No Si

Peso: _____ kg Talla: _____ cm IMC: _____

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)

- I- Actividad irrestricta
- II- Actividad normal con limitaciones
- III- Actividad muy limitada
- IV- Incapacidad de cuidarse

PARACLÍNICA

Capacidad de Difusión Pulmonar (DLCO): No Si Fecha: ___/___/___ Valor: _____ (%)

Capacidad Vital Forzada (CVF): No Si Fecha: ___/___/___ Valor: _____ (%)

Test de la marcha: No Si Fecha: ___/___/___

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

% del predicho: _____

Anticuerpos Antinucleares (ANA): No Si Fecha: ___/___/___ Resultado: Positivo Negativo

Factor Rematoide (FR): No Si Fecha: ___/___/___ Resultado: Positivo Negativo

Funcional y enz. hepático: No Si Fecha: ___/___/___ TGO: ___ TGP: ___ GGT: ___

ANTECEDENTES PERSONALES

RESPIRATORIOS No Si

- Fumador actual Atelectasia
 Ex - fumador Insuf. respiratoria
 Asma EPOC
 CBP ABPA
 Bronquiectasias TBC
 Enfisema Aspergilosis invasiva
 Otros Cual _____

CARDIOVASCULARES No Si

- Hipertensión pulmonar
 Insuficiencia cardíaca FEVI: ___ %
 Otros Cual _____

NEUROLÓGICOS No Si

- Deterioro cognitivo
 Otros Cual _____

NUTRICIONALES No Si

- Desnutrición crónica
 Otros Cual _____

DERMATOLÓGICOS No Si

- Fotosensibilidad Melanoma
 Carcinoma basocelular Fotoexposición laboral
 Otros Cual _____

DIGESTIVOS No Si

- Hepatopatía Hepatitis tóxica
 RGE Otros Cual _____

HEMATOLÓGICOS No Si

- Trastornos hemorrágicos Anemia
 Estados trombofílicos
 Otros Cual _____

EXPOSICIONES No Si

- Exposición a hongos Exposición a asbesto
 Exposición a sílice Exposición a fármacos
 Contacto con aves Otras Cual _____

NEOPLASIAS No Si

Cual _____

ANTECEDENTE FAMILIAR DE FPI No Si

INTERNACIÓN EN LOS 6 MESES PREVIOS No Si

Días: ___

Ingreso a CTI/UCI: No Si Causa: Respiratoria
 Otra

OTROS ANTECEDENTES No Si

- Infertilidad
 VIH
 Diabetes
 Alcoholismo
 Consumo de drogas Cual _____
 Otros Cual _____

TRATAMIENTO QUE RECIBE ACTUALMENTE:

Marcar con "x" el tratamiento que corresponda:

- B2 inhaladores
 Inmunosupresores Cual: _____
 Prednisona Dosis: ___ , ___
 Otros corticoides Cual: _____ Dosis: ___ , ___
 Anticoagulantes
 Sildenafil
 Oxígeno domiciliario
 Tratamiento de RGE
 Evaluación para trasp. Pulmonar

- N acetilcisteína
 Nintedanib
 Vacuna antineumococcica
 Vacuna antigripal
 Rehabilitación pulmonar
 Programa de tratamiento tabaquismo
 Programa de cuidados paliativos
 Otros. Especifique _____

TRATAMIENTO SOLICITADO

Para marcar la dosis solicitada tener en cuenta lo que el paciente va a tomar a partir del día 15 del tratamiento en adelante.

Pirfenidona

Dosis solicitada: 2403 mg/día

Otra dosis: _ _ _ _ mg/día

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA