

Vigencia: 22/03/2019 Página 1 de 3

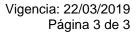
## Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA

Fecha de solicitud :/		
Nombre del paciente	C.I	
MÉDICO NEUMÓLOGO SOLICITANTE:		
Nº de caja profesional Nombre	Firma	
<u>DIAGNÓSTICO</u>	□ Fibrosis pulmonar idiopática	
Fecha del diagnóstico://		
Tiempo desde inicio de síntomas hasta 1era consulta (meses):		
Diagnóstico confirmado por: ☐ TACAR ☐ Biopsia Pulmonar	Patrón NIU: Típico Derobable Indeterminado	
SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL:		
Disnea (mMRC): (del 1 al 4)		
CVF < 50 % del predicto: □ No □ Si		
DLCO <= 40%: ☐ No ☐ Si Saturación < 88 %	en PM6M: □ No □ Si	
Peso: kg		
DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL (Karnofsky)		
<ul> <li>□ I- Actividad irrestricta</li> <li>□ II- Actividad normal con limitaciones</li> </ul>		
☐ III- Actividad muy limitada		
□ IV- Incapacidad de cuidarse		
<u>PARACLÍNICA</u>		
Capacidad de Difusión Pulmonar (DLCO):   No	□ Si Fecha:/ Valor: (%)	
Capacidad Vital Forzada (CVF):	Fecha:/ Valor: (%)	
Test de la marcha: ☐ No ☐ Si Fecha:/_		
SaO2 basal (%): SaO2 final (%):	Distancia recorrida con o sin O2 (metros):	
% del predicto:		
Anticuerpos Antinucleares (ANA): □ No □ Si F	recha:/ Resultado: □ Positivo □ Negativo	
Factor Rematoide (FR):   No Si Fecha:	_// Resultado: □ Positivo □ Negativo	



Vigencia: 22/03/2019 Página 2 de 3

Funcional y enz. hepático	: □ No □ Si Fecha:	_// TGO: TGP: GGT:
ANTECEDENTES P	<u>ERSONALES</u>	
RESPIRATORIOS	□ No □ Si	<b>HEMATOLÓGICOS</b> □ No □ Si
□ Fumador actual □ Ex - fumador	<ul><li>☐ Atelectasia</li><li>☐ Insuf. respiratoria</li></ul>	<ul> <li>□ Trastornos hemorragíparos</li> <li>□ Anemia</li> <li>□ Estados trombofílicos</li> </ul>
□ Asma □ CBP	□ EPOC □ ABPA	□Otros Cual
	<ul><li>□ TBC</li><li>□ Aspergilosis invasiva</li></ul>	EXPOSICIONES
Otros Cual		<ul> <li>□ Exposición a hongos</li> <li>□ Exposición a sílice</li> <li>□ Exposición a fármacos</li> <li>□ Contacto con aves</li> <li>□ Otras Cual</li> </ul>
CARDIOVASCULARES	INO USI	
<ul><li>☐ Hipertensión pulmonar</li><li>☐ Insuficiencia cardíaca F</li><li>☐ Otros Cual</li></ul>		NEOPLASIAS No Si
NEUROLÓGICOS	□ No □ Si	ANTECEDENTE FAMILIAR DE FPI 🗆 No 🗆 Si
□ Deterioro cognitivo □ Otros Cual		INTERNACIÓN EN LOS 6 MESES PREVIOS 🗆 No 🗆 Si
NUTRICIONALES	□ No □ Si	Días:
☐ Desnutrición crónica ☐ Otros Cual		Ingreso a CTI/UCI: □ No □ Si Causa: □ Respiratoria □ Otra
DERMATOLÓGICOS	□ No □ Si	OTROS ANTECEDENTES   No   Si
<ul><li>□ Fotosensibilidad</li><li>□ Carcinoma basocelular</li><li>□ Otros Cual</li></ul>	□ Melanoma □ Fotoexposición laboral	□ Infertilidad □ VIH
DIGESTIVOS	No □ Si	<ul><li>□ Diabetes</li><li>□ Alcoholismo</li><li>□ Consumo de drogas Cual</li></ul>
□ RGE □ Otro	atitis tóxica s Cual	□ Otros Cual
TRATAMIENTO OU	E RECIBE ACTUALN	MENTE:
Marcar con "x" el tratamie		MEINTE.
☐ B2 inhaladores	smo que con copenida.	□ N acetilcisteína
□ Inmunosupresores	Cual:	□ Nintedanib
☐ Presidona Dosis:	, l: Dosis:	□ Vacuna antineumococcica □ ∪ Vacuna antigripal
☐ Anticoagulantes	i D0313.	, □ vacuna antigripar □ Rehabilitación pulmonar
□ Sildenafil		□ Programa de tratamiento tabaquismo
<ul><li>□ Oxigeno domiciliario</li><li>□ Tratamiento de RGE</li></ul>		<ul><li>□ Programa de cuidados paliativos</li><li>□ Otros. Especifique</li></ul>
☐ Evaluación para trasp.	Pulmonar	
		•





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.

□ Otra dosis: \_\_ \_ \_ \_ mg/día ☐ Pirfenidona Dosis solicitada: ☐ 2403 mg/día

## Consideraciones que juzgue relevantes:

