

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES para TRATAMIENTO de la FIBROSIS QUÍSTICA

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

NEUMÓLOGO SOLICITANTE:

Nº CP _____ Nombre _____ Firma _____

Fecha de último control: ___/___/___ Fecha de inicio del ciclo: ___/___/___

CAMBIO DE TRATAMIENTO

Cambia de medicación con respecto al último pedido? NO SI

Tratamiento que recibía: Tobramicina inhalatoria
 Alfa-dornasa
 Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor e Ivacaftor

Motivo del cambio: _____

CAMBIO DE DOSIS

Cambia de presentación respecto a última solicitud? NO SI Motivo del cambio: Edad
 Peso

Ajusta dosis respecto a última solicitud? NO SI

Motivo del ajuste: Toxicidad
 Otro

Especifique motivo y dosis _____

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

Motivo: Intolerancia Efectos adversos Erradicación Falta de respuesta al tratamiento
 Abandono Trasplante Fallecimiento Otro motivo: _____

EFFECTOS ADVERSOS: NO SI

- Dolor torácico
- Tos
- Alteraciones en la voz
- Rash
- Alteraciones auditivas
- Hemoptisis

- Alteración hepatograma
- Oftalmológicas
- Efectos sobre salud mental/conductuales
- Hipertensión arterial
- Otros

Especifique: _____

