Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de la FIBROSIS QUÍSTICA

Fecha de solicitud : ___/___/_____

Nombre del paciente _____ C.I._____

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

Tratamiento solicitado:

☐ Tobramicina inhalatoria ☐ Alfa-dornasa ☐ Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor e Ivacaftor

Presentación: Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor e Ivacaftor ☐ 50/25/37,5 mg – 75 mg (*6 a 11 años y/o <30kg*)
☐ 100/50/75 mg – 150 mg (*≥ 12 años y/o ≥30kg)*

Inicia tratamiento con dosis ajustada? ☐ No ☐ Si Especifique: _____

MEDICO NEUMÓLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional_____ Nombre _____Firma _____

DIAGNÓSTICO

☐ Fibrosis quística

Fecha del diagnóstico: ____/____/_____

Diagnóstico confirmado por:

☐ Test de Sudor Valor de cloruro en sudor _ _ _, _ _ mMol/L

☐ Estudio genético ☐ Mutación F508del ☐ No ☐ Si → F508del: ☐ Homocigota ☐ Heterocigota
☐ Otra mutación. Especifique _____

☐ Diferencia de potencial epitelial nasal

SITUACIÓN CLINICA

☐ Tos crónica productiva
☐ **Infección - Colonización/(Ps Au)**
- ☐ Colonización pulmonar
- ☐ Colonización pulmonar crónica
- ☐ Infección pulmonar
- ☐ Infección pulmonar crónica
- ☐ Primo infección a Ps. Au
- ☐ Otras, cual_____

Fecha de 1er aislamiento: ___/___/_____

Uso de ATB por exacerbación pulmonar en los últimos 6 meses ☐ No ☐ Si Número de días _ _ _

Exacerbaciones pulmonares en los últimos 6 meses ☐ No ☐ Si Cuántas _ _

Hospitalizaciones relacionadas a FQ en los últimos 6 meses ☐ No ☐ Si Cuántas _ _

INGRESO POR SISTEMA

PARACLÍNICA

Cultivo de expectoración: __ __ __ __ __ __ ufc/ml o __ , __ x 10 ----- Fecha: __/__/____
Germen: _____

Antibiótico	Sensible	Resistente
Ceftazidime		
Amikacina		
Ciprofloxacina		
Colistina		
Aztreonam		
Imipenem		
Meropenem		
Tobramicina		
Trimetoprim-Sulfametoxazol		
Otros: _____		

ATB anti-pseudomona con internación en los últimos 6 meses: ☐ No ☐ Si N° de ciclos: __ __

ATB anti-pseudomona sin internación en los últimos 6 meses: ☐ No ☐ Si N° de ciclos: __ __

VEF_1: __ __ , __ __ Lts. __ __ % Saturación de oxígeno: __ __ % Fecha: __/__/____

Funcional y enzimograma hepático alterado ☐ No ☐ Si Fecha: __/__/____

TGO (UI/l): __ __ __ __ TGP (UI/l): __ __ __ __

Bilirrubina total (mg/dl): __ __, __ __ BD (mg/dl): __ __, __ __ BI(mg/dl): __ __, __ __

GGT (UI/l): __ __ __ __ Fosfatasa alcalina (UI/l): __ __ __ __

Antropometría Peso: _ _ _, _ _ kg Talla: _ _ _ cm

TRATAMIENTO PERMANENTE CON:

☐ Tobramicina inh.
☐ Mucolíticos
☐ Broncodilatadores
☐ Suplementos nutricionales
☐ Fisioterapia respiratoria
☐ Alfa-dornasa
☐ Oxígeno domiciliario
☐ Reemplazo enzimático
☐ Inmunomoduladores (Azitromicina)
☐ Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor e Ivacaftor

Lista de espera de trasplante: ☐ Hepático ☐ Pulmonar ☐ Otro Esp. _____

INGRESO POR SISTEMA

ANTECEDENTES PERSONALES

NEONATALES ☐ No ☐ Si

☐ Ileo Meconial

DIGESTIVOS ☐ No ☐ Si

☐ Prolapso rectal
☐ Diarrea crónica
☐ Esteatorrea
☐ Síndrome disabsortivo
☐ Hepatopatía Cual_____

RESPIRATORIOS ☐ No ☐ Si

☐ Bronquiectasias
☐ Atelectasia
☐ Insuf. respiratoria
Tipo_____
☐ TBC
☐ Aspergilosis
☐ ABPA

ORL ☐ No ☐ Si

☐ Pansinusitis
☐ Poliposis
☐ Rinitis
☐ Otitis

CARDIOVASCULARES ☐ No ☐ Si

☐ Hipertensión pulmonar
☐ Insuficiencia cardíaca
☐ Otras Esp. _____

NUTRICIONALES ☐ No ☐ Si

☐ Desnutrición crónica

NEUROLÓGICOS ☐ No ☐ Si

Esp._____

OFTALMOLOGICOS ☐ No ☐ Si
Especifique_____

OTROS ☐ No ☐ Si

☐ Infertilidad
☐ HIV
☐ Alcoholismo
☐ Tabaquismo
☐ Otras adicciones Esp._____

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA