

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 _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas. El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

Tratamiento solicitado: Tobramicina inhalatoria. Alfa-dornasa.

MEDICO NEUMÓLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNOSTICO

Fibrosis quística

SITUACIÓN CLÍNICA.

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

Diagnóstico confirmado por:

- Test de Sudor
 Estudio genético Mutación: _____
 Diferencia de potencial epitelial nasal

- 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: ___/___/___

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 12 meses: N° de ciclos: ___

ATB anti-pseudomona sin internación en los últimos 12 meses: N° de ciclos: ___

VEF₁: ____, __ Lts. ____ % Saturación de oxígeno: ____ % Fecha: ___/___/___

Antropometría Peso: ____ kg Talla: ____ cm

Score de Shwachman Kulcyclci (Modificado por Doershuk): ____

TRATAMIENTO PERMANENTE CON:

- Tobramicina inh.
- Mucolíticos
- Broncodilatadores
- Suplementos nutricionales
- Fisioterapia respiratoria
- Alfa-dornasa
- Oxígeno domiciliario
- Reemplazo enzimático
- Inmunomoduladores (Azitromicina)

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

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
 - TBC
 - Aspergilosis
 - ABPA
- Tipo _____

ORL No Si

- Pansinusitis
- Poliposis
- Rinitis
- Otitis

CARDIOVASCULARES No Si

- Hipertensión pulmonar
- Insuficiencia cardíaca
- Otras Esp. _____

NUTRICIONALES No Si

- Desnutrición crónica

NEUROLÓGICOS No Si

- Deterioro cognitivo

OTROS No Si

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

Consideraciones que juzgue relevantes: