

## 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<sup>\*\*\*\*</sup>      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: \_\_\_

VEF<sub>1</sub>: \_\_\_\_, \_\_ 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: