

Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de la HEMOFILIA A

Fecha de solicitud : ___/___/_____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

Hemofilia A Severa Fecha del diagnóstico (debut): ___/___/_____

SITUACIÓN CLÍNICA

Porcentaje de factor VIII: __ , __ %

Presencia de inhibidores del Factor VIII: No Si Título más alto en historial (Bethesda): ___ ___ ___

Título actual (Bethesda): ___ ___ ___

Terapia de inducción a la inmunotolerancia: No Si Fecha de último tratamiento: ___/___/_____

Situación: Completó terapia
 Terapia en curso
 Suspendió terapia

Causa: No disponibilidad de FVIII
 Otra Cuál? _____

ANTECEDENTES PERSONALES

No Si

HEMATOLÓGICOS: No Si

Cuales: _____

TROMBOEMBÓLICOS: No Si

TEP TVP
 Trombosis venosa superficial Otros
 Trombosis arterial

DIGESTIVOS: No Si

Hepatopatía Hepatitis C
 Hepatitis B Otros

ENDÓCRINOS METABÓLICOS: No Si

Diabetes Otros

NEFRO UROLÓGICOS: No Si

Insuficiencia renal Cl creat > 30 ml /min
 Insuficiencia renal Cl creat < 30 ml /min
 Otros

ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS: No Si

Localizada
 Diseminada Especif. _____

OTROS: No Si

HIV Otros. ¿Cuál? _____

COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD No Si

Hemorragias en los últimos 12 meses: No Si Número total: ___ ___

Hemartrosis: No Si Número: ___ ___ Presencia de artropatía hemofílica secular? No Si

Localización de Hemorragias	N° episodios Últimos 12 meses	N° Espontáneas	N° Traumáticas	N° Quirúrgicas	¿Repercusión hemodinámica en algún episodio? Si o No	¿Requirió tratamiento en algún episodio? Si o No	¿Cuál tratamiento? 1-Transfusión GR 2-Factor VIII 3-Complejo protrombínico activado 4-Factor VII recombinante activado
CODO							
RODILLA							
TOBILLO							
OTRAS ARTICULACIONES TARGET (HOMBRO, CADERA, MUÑECA)							
OTRAS ARTICULACIONES							
SUBCUTÁNEAS							
MUSCULARES							
HEMATURIA							
BUCALES							
EPISTAXIS							
OFTALMOLÓGICAS							
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL							
DIGESTIVAS							
VÍA AÉREA SUPERIOR							
OTRAS: ¿Cuál? _____							

PARACLÍNICA

Hemograma: No Si Fecha: ___/___/___

Hb (g /dl): ____, __ Hto (%): __ Glóbulos blancos (mil /mm3): ____ Plaquetas (mil /mm3): ____

Crisis: No Si TP (%): ____, __ APTT(seg): ____

Funcional y enzimograma hepático: No Si Fecha: ___/___/___

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

TGP (UI/l): ____ TGO(UI/l): ____ GGT(UI/l): ____

Funcional renal: No Si Fecha: ___/___/___

Azoemia (mg/dl): __, __ Creatininemia (mg/dl): __, __

Ionograma: K (mEq/L): __, __ Na(mEq/L): ____ Cl(mEq/L): ____

Dosificación de Factor de Von Willebrand Antigénico (FvWag): ____ %

Dosificación de Factor de Von Willebrand Cofactor de Ristocetina (FvWCoR): ____ %

TRATAMIENTOS PREVIOS No Si

Tratamiento	SI	
Factor VIII en Profilaxis		Fecha de inicio: ___/___/___ Fecha de último tratamiento: ___/___/___
Factor VIII a demanda por sangrado		N° de veces administrado en último año: __ __ Fecha de última dosis recibida: ___/___/___
Concentrado de complejo protrombínico activado		Fecha de último tratamiento: ___/___/___
Factor VII recombinante activado		Fecha de último tratamiento: ___/___/___
Otros		Observaciones: _____

TRATAMIENTO SOLICITADO:

Peso actual: ___ ____, ___ Kg

Dosis de Inicio de Emicizumab: ___ ____, ___ mg semanales por 4 semanas (3mg /Kg una vez a la semana, durante 4 semanas)

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA