

Vigencia: 21/01/2022 Página 1 de 4

Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de la HEMOFILIA A

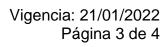
Fecha de solicitud :/					
Nombre del paciente	C.I				
Edad: años Sexo: □ Femenino □ Masculino	Institución de origen				
MEDICO SOLICITANTE:					
Nº de caja profesional Nombre	Firma				
<u>DIAGNÓSTICO</u>					
□ Hemofilia A Severa Fecha de	el diagnóstico (debut):/				
SITUACIÓN CLÍNICA	,C)				
Porcentaje 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: Otra Cuál?					
ANTECEDENTES PERSONALES No	□ Si				
HEMATOLÓGICOS: □ No □ Si	NEFRO UROLÓGICOS: □ No □ Si				
Cuales:	 □ Insuficiencia renal CI creat > 30 ml /min □ Insuficiencia renal CI creat < 30 ml /min □ Otros 				
TROMBOEMBÓLICOS: No Si					
☐ TEP ☐ TVP ☐ Trombosis venosa superficial ☐ Otros ☐ Trombosis arterial	ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS: No Si Localizada				
DIGESTIVOS:	□ Diseminada Especif				
☐ Hepatopatía☐ Hepatitis C☐ Hepatitis B☐ Otros	OTROS: □ No □ Si				
ENDÓCRINOS METABÓLICOS: No Si	☐ HIV ☐ Otros. ¿Cuál?				
□ Diabetes □ Otros					



Vigencia: 21/01/2022 Página 2 de 4

COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD No Si					
Hemorragias en l	os últi	mos 12 meses: 🗆 N	o 🗆 Si	Número total:	
Hemartrosis: ☐ No	□Si	Número:	Presencia d	le artropatía hemofílica secuelar? 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				10			
RODILLA							
TOBILLO							
OTRAS ARTICULACIONES TARGET (HOMBRO, CADERA, MUÑECA)			7/	•			
OTRAS ARTICULACIONES							
SUBCUTÁNEAS							
MUSCULARES							
HEMATURIA							
BUCALES	•						
EPISTAXIS							
OFTALMOLÓGICAS							
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL							
DIGESTIVAS							
VÍA AÉREA SUPERIOR							
OTRAS: ¿Cuál?							

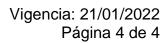




PARACLÍNICA

PARACLINICA PARACLINICA	
Hemograma: □ No □ Si Fecha://	
Hb (g /dl):, Hto (%): Glóbulos blancos (mil /mm3):	Plaquetas (mil /mm3):
Crasis: □ No □ Si TP (%):, APTT(seg):	
Funcional y enzimograma hepático: □ No □ Si Fecha://	<u></u>
Bilirrubina total (mg/dl):, BD (mg/dl):, BI (mg/dl):	
TGP (UI/I): TGO(UI/I): GGT(UI/I):	
Funcional renal: No Si Fecha://	
Azoemia (mg/dl):, Creatininemia (mg/dl):,	
lonograma: 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 (F	vWCoR): %
TRATAMIENTOS PREVIOS No Si	
Tratamiento SI	
Factor VIII en Profilaxis Fecha de inicio	0: / /

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, de	urante 4 semanas)

Consideraciones que juzque relevantes: