

Formulario de solicitud de DOSIS posterior y SEGUIMIENTO semestral para 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 _____

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO: NO SI Fecha: ___/___/___

Causa: Intolerancia

Efectos adversos

Falta de respuesta

Abandono

Fallecimiento

Otra: _____

INFORMACIÓN DEL ÚLTIMO SEMESTRE

Fecha de último control: ___/___/___

Complicaciones del tratamiento: NO SI

Reacción en el sitio de punción

Artralgias

Cefalea

Fatiga

Infección respiratoria alta

Diarrea

Fiebre

Otros. Especificar: _____

Complicaciones de la enfermedad: NO SI

Hemorragias en los últimos 6 meses: No Si Número total: ___

Hemartrosis: No Si Número: ___

Presencia de artropatía hemofílica secular? No Si

Localización de Hemorragias	N° episodios Últimos 6 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? _____							

TRATAMIENTO SOLICITADO:

Peso actual: _____ Kg

Dosis de Mantenimiento de Emicizumab: _____ mg cada 4 semanas (6mg /Kg cada 4 semanas)

Dosis Total para semestre: _____ mg

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA