

## Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL Tratamiento de HTAP

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:

- Efectos adversos.      Especifique \_\_\_\_\_
- Indicación médica
- Abandono
- Fallecimiento
- Otra: \_\_\_\_\_

**Cambia de medicación con respecto a última DPP:**       NO       SI

Tratamiento que recibía:       Bosestan       Iloprost

Motivo del cambio:

- Progresión o falta de respuesta (requiere documentar con paraclínica completa que incluya cateterismo derecho)
- Efectos adversos.      Especifique \_\_\_\_\_
- Indicación médica
- Abandono
- Fallecimiento
- Otra: \_\_\_\_\_

Tratamiento solicitado:  Bosestan  
 Iloprost

### Información del mes en curso

Fecha de último control: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Tolerancia al tratamiento:

Efectos adversos:       No       Si       Tos Irritativa.       Broncoespasmo.  
 Cefaleas.       Hipotensión.  
 Alteraciones del hepatograma.       Anemia.  
 Edemas       Otros

Especifique \_\_\_\_\_

**Seguimiento semestral:** Adjuntar documentación correspondiente.

Informe sobre respuesta al tratamiento:  No  Si

Clase funcional:  I  II  III  IV

Test de la marcha en 6 min: Metros \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ SAT O2 \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_%

Ecocardiograma:

Área AD \_\_\_ \_\_\_ cm<sup>2</sup> TAPSE/PAPs \_\_\_ , \_\_\_ mm/mmHg

PSAP \_\_\_ \_\_\_ mmHg Derrame Pericárdico:  Si  No

**Tratamiento solicitado**

Bosentan Dosis: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ mg / día

Iloprost: Dosis por nebulización:  2.5 mcg  5mcg  Otra. Especifique \_\_\_\_\_

Cantidad de nebulizaciones / día: \_\_\_

**Consideraciones que juzgue relevantes:**

INGRESO POR SISTEMA