

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO de HTAP

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MÉDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____

Firma _____

DIAGNÓSTICO

HTAP Fecha del diagnóstico: ___/___/___

Etiología: Idiopática. Cardiopatía congénita.
 LES Hipertensión portal
 Esclerosis sistémica Otras. Especifique _____
 Otra conectivopatía. Especifique _____

SITUACIÓN CLÍNICA :

Clase funcional: I II III IV

Cateterismo derecho (CCD): PSAP _____ mmHg PAD _____ mmHg PAP Media _____ mmHg

IC __ , __ l/min/m²

Test de vasoreactividad: Positivo Negativo No se realiza

Ecocardiograma:

Área AD _____ cm² TAPSE/PAPs __ , __ mm/mmHg PSAP _____ mmHg

Derrame Pericárdico: Si No

Test de la marcha en 6 min.:

Distancia recorrida: _____ m SAT O₂ _____%

Criterios de alto riesgo: No Si

- Progresión clínica bajo tratamiento.
- Síncope, signos clínicos de insuficiencia cardíaca derecha (ICD).
- Distancia recorrida en seis minutos menor a 165 mts.
- Disfunción severa del VD o presencia de derrame pericárdico por ecocardiograma.
- CCD: Presión media de AD > 14 mmHg, IC < 2 l/min/m², Sat. venosa O₂ < 60%.

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES No Si

Cardiopatía valvular Cardiopatía congénita
 Arritmias TVP
 HTA Otros
 Insuficiencia cardíaca
Clase funcional NYHA: I II III IV

RESPIRATORIOS No Si

Asma TBC
 Bronquitis crónica EPID
 EPOC Otros

NEUROLÓGICOS No Si

Demencia
 Enfermedad desmielinizante
 Neuritis óptica
 Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS No Si

Diabetes Obesidad
 Hipotiroidismo Otros
 Hipertiroidismo

INFECCIONES No Si
Especifique: _____

NEFRO UROLÓGICOS No Si

Insuficiencia renal Infección urinaria
 Diálisis Otros

DIGESTIVOS No Si

Hepatopatía Hepatitis
 Enfermedad diverticular Otras

HEMATOLÓGICOS No Si

Trastornos hemorrágicos Anemia
 Estados trombofílicos Otros

OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES

No
 SI Cual _____

NEOPLASIAS

No
 Si Cual _____

Fecha ___/___/___

Localizada
 Diseminada Espec. _____

OTROS No Si

HIV
 Tabaquismo
 Alcoholismo Otros

TRATAMIENTOS

Tratamiento	Inicio (Fecha)	Suspensión (Fecha)	Causa de suspensión	Dosis/día
Oxígeno				
Diuréticos				
Digoxina				
Anticoagulantes				
Nifedipina				
Diltiazem				
Amlodipina				
Sildenafil				
Tadalafilo				
Bosentan				
Iloprost				
Otros. Esp.: _____				

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