

Formulario de solicitud de DOSIS posterior y SEGUIMIENTO para tratamiento de la TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA

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 DEL TRATAMIENTO: NO SI Fecha: ___/___/____

Motivo: Intolerancia/ Eventos adversos Indicación médica (plaquetas \geq 250.000)
 Abandono Falta de respuesta Fallecimiento
 Otro. Cual _____

CAMBIO DE DOSIS: NO SI Fecha: ___/___/____

Cuál ajuste? Aumento de dosis Descenso de dosis

Motivo de ajuste de dosis: _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO:

Fecha de último control: Fecha: ___/___/____

Respuesta del conteo plaquetario con respecto al mes anterior: Aumento Estable Descenso

COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD? No Si

Sangrados? No Si Fecha: ___/___/____

Recuento plaquetario al momento del sangrado: ___ ___ ___ mil/mm³

Clasificación del sangrado (si hay más de 1 sitio de sangrado marcar según el más severo):

- Leve:** sangrado microscópico o pérdidas vaginales leves, petequias, equimosis <2,5 cm, sangrado oral o nasal \leq 1 hora de duración.
- Moderado:** sangrado evidente que no requiere transfusión.
- Grave:** que requiere transfusión o sangrado intracraneano asintomático (evidente solo por imagen).
- Potencialmente fatal:** hemorragia masiva, con repercusión hemodinámica o que genera déficit neurológico o discapacidad (ej s. retiniano con compromiso visual).

Requirió tratamiento de rescate? ? No Si

Intervención para controlar el sangrado (endoscopia/embolización/cirugía)? No Si

Transfusión de glóbulos rojos? No Si

Transfusión de plaquetas? No Si

Otro tratamiento de rescate? No Si Cuál? _____

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO? No Si

Fenómenos tromboembólicos? No Si

Cuáles? TEP TVP Trombosis venosa superficial Trombosis arterial AIT
 ACV isquémico IAM Otro. Cuál? _____

Alteración del hepatograma? No Si

Otros eventos adversos? No Si

Cuáles? Cefaleas Insuficiencia renal Síndrome mielodisplásico Otro. Cuál? _____

TRATAMIENTO CONCOMINANTE No Si

Corticoides No Si Dosis: Aumenta Mantiene Desciende Suspende

Inmunosupresores No Si Dosis: Aumenta Mantiene Desciende Suspende

Otros No Si Cuál? _____

Dosis: Aumenta Mantiene Desciende Suspende

PARACLÍNICA:

Hemograma No Si Fecha ___/___/___

Hb: ___ , ___ g/dl Hto: ___ % Glóbulos blancos: ___ mil /mmm³ Plaquetas: ___ mil/mm³

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) _____

TRATAMIENTO SOLICITADO:

Dosis diaria propuesta de Eltrombopag: _____, ___ mg

Consideraciones que juzgue relevantes: