

Formulario de solicitud de INICIO de 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 _____

DIAGNÓSTICO

Fecha del diagnóstico (debut): ___/___/_____

Trombocitopenia inmune primaria

Fase de la enfermedad: Reciente diagnóstico Persistente Crónica

SITUACIÓN CLÍNICA

Refractariedad a tratamientos previos? No Si

Cuál tratamiento? Prednisona v.o. 1 mg/Kg/día por 21 días
 Dexametasona v.o. 40 mg/día por 4 días
 Inmunoglobulina i.v. 1 g/Kg/día por 2 días

Esplenectomía contraindicada o rechazada? No Si

Recurrencia post suspensión de tratamiento con Eltrombopag? No Si

Fecha de ultimo tratamiento recibido: ___/___/_____

Complicaciones post suspensión? No Si Cuáles? _____

Otra situación clínica? No Si Cuál? _____

COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD

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 <=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/cirugia)? No Si

Transfusión de glóbulos rojos? No Si

Transfusión de plaquetas? No Si

Otro tratamiento de rescate? No Si Cuál? _____

ANTECEDENTES PERSONALES No Si

TROMBOEMBÓLICOS: No Si

TEP Trombosis venosa superficial
 Trombosis arterial TVP

CARDIOVASCULARES: No Si

Cardiopatía isquémica IAM
 Cardiopatía valvular Claudic. intermitente
 Arritmias Insuf. venosa crónica
 HTA Otros
 Insuficiencia cardíaca
 Clase funcional NYHA: I II III IV

RESPIRATORIOS: No Si

Asma TBC
 Bronquitis crónica Tabaquismo actual
 EPOC Ex tabaquista
 Otros

DIGESTIVOS: No Si

Hepatopatía Enf. diverticular
 Hepatitis B Otros
 Hepatitis C

ENDÓCRINOS METABOLICOS: No Si

Diabetes Obesidad
 Hipotiroidismo Otros
 Hipertiroidismo

NEUROLÓGICOS: No Si

ACV isquémico AIT
 ACV hemorrágico Síndrome Parkinsoniano
 Encefalopatía vascular Demencia
 Epilepsia Otros

NEFRO UROLOGICOS: No Si

Insuficiencia renal Infección urinaria
 Diálisis Otros
 Nefrectomía

HEMATOLÓGICOS: No Si

Cuales: _____

ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS: No Si

Localizada
 Diseminada Específ. _____

OTROS : No Si

HIV Otros. Cuál? _____
 Alcoholismo

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) _____

TRATAMIENTOS PREVIOS O CONCOMINANTES No Si

Tratamiento	SI	Tratamiento actual o suspendido
Prednisona		
Dexametasona		
Metilprednisolona		
Otros corticoides		
Inmunoglobulinas iv		
Esplenectomía		
Azatioprina		
Ciclosporina		
Micofenolato M		
Otros inmunosupresores		
Rituximab		
Otros tratamientos previos		

TRATAMIENTO SOLICITADO:

Dosis diaria propuesta de Eltrombopag: ___ __ __, ___ mg

Consideraciones que juzgue relevantes: