

Formulario de solicitud de DOSIS posterior y SEGUIMIENTO para tratamiento de VASCULITIS ANCA

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 Indicación médica Abandono Fallecimiento
 Otra. Cual _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO:

Internaciones en el último mes: No Si Nº de días en cuidados moderados: _____

Nº de días en cuidados especiales: _____

Efectos adversos: No Si

- Interacciones intercurrentes
- Hematológicos
- Complicaciones desmielizantes
- Reacciones alérgicas infusionales
- Arritmias durante la infusión
- Digestivos
- Complicaciones cardiovasculares

Paraclínica reciente:

ANCA PR3 (titulado): Fracción: ___/____ ANCA MPO (titulado): Fracción: ___/____

Creatininemia (ml/dl): _____ Cociente Prot/Crea (g/g): _____

Hemoglobina (g/dl) : _____ Glóbulos blancos (cel/ml): _____

Serología de VHB: Fecha: ___/___/___

Antígeno de superficie: Positivo Negativo

Anticore: Positivo Negativo

Títulos del Ac anti Ag de superficie: _____

BVAS (Marque lo que corresponda a las últimas 4 semanas):

<p>1. Síntomas generales <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Artralgia / artritis <input type="checkbox"/> Fiebre $\geq 38^{\circ}$ C <input type="checkbox"/> Pérdida de peso ≥ 2 kg 	<p>6. Cardiovascular <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ausencia de pulsos periféricos <input type="checkbox"/> Compromiso valvular (preferentemente detectado por ecocardiograma) <input type="checkbox"/> Pericarditis <input type="checkbox"/> Angor <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca (deterioro de la función cardíaca confirmada por ecocardiograma) <input type="checkbox"/> Falla cardíaca congestiva
<p>2. Lesiones cutáneas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Púrpura <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Gangrena (necrosis tisular extensa) <input type="checkbox"/> Otras manifestaciones cutáneas (livedo, nódulos subcutáneos, eritema nodoso) 	<p>7. Abdominal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peritonitis <input type="checkbox"/> Diarrea con sangre <input type="checkbox"/> Dolor abdominal isquémico (isquemia intestinal confirmada por imagen o cirugía)
<p>3. Mucosas/membranas/ojos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Úlceras orales <input type="checkbox"/> Úlceras genitales <input type="checkbox"/> Inflamación de glándulas salivales o sudoríparas <input type="checkbox"/> Proptosis significativa (> 2 mm de los glóbulos oculares) <input type="checkbox"/> Escleritis / episcleritis <input type="checkbox"/> Conjuntivitis / queratitis / blefaritis <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Pérdida súbita de la visión <input type="checkbox"/> Uveítis <input type="checkbox"/> Cambios retinianos (vasculitis / trombosis / exudados / hemorragias) 	<p>8. Renal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hipertensión (PA diastólica > 95 mm Hg) <input type="checkbox"/> Proteinuria $1+ o > 0,2$ g/24 horas o cociente prot/crea $> 0,2$ <input type="checkbox"/> Hematuria ≥ 10 glóbulos rojos / campo de gran aumento <input type="checkbox"/> Creatinina sérica $1,41 - 2,82$ mg/dl <input type="checkbox"/> Creatinina sérica $2,83 - 5,64$ mg/dl <input type="checkbox"/> Creatinina sérica $\geq 5,65$ mg/dl <input type="checkbox"/> Aumento de la creatinina sérica $> 30\%$ o caída del filtrado glomerular $> 25\%$
<p>4. ORL <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sangrado nasal, cicatrices, úlceras o granulomas observados en la rinoscopia <input type="checkbox"/> Compromiso de senos paranasales (dolor, sensibilidad, ocupación, usualmente confirmado por imagen) <input type="checkbox"/> Estenosis sublótica (observado en la laringoscopia) <input type="checkbox"/> Pérdida de la agudeza auditiva de tipo conductiva (por compromiso del oído medio, confirmado por audiograma) <input type="checkbox"/> Pérdida de la agudeza auditiva de tipo neurosensorial (por compromiso coclear o del nervio auditivo, confirmado por audiometría) 	<p>9. Sistema Nervioso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cefalea (persistente o inhabitual) <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Confusión mental <input type="checkbox"/> Convulsiones (observadas o actividad epileptógena en EEG) <input type="checkbox"/> Accidente cerebro vascular <input type="checkbox"/> Síndrome Medular (clínico o imagenológico) <input type="checkbox"/> Parálisis de nervios faciales (excluido el compromiso neurosensorial del VIII par y el de los oculomotores derivado de la presencia de masas retroorbitarias) <input type="checkbox"/> Neuropatía sensorial periférica <input type="checkbox"/> Mononeuritis múltiple
<p>5. Respiratorio <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sibilancias al examen físico <input type="checkbox"/> Nódulos o cavidades (nuevas, detectadas en imagen) <input type="checkbox"/> Derrame pleural / pleuresía <input type="checkbox"/> Infiltrados pulmonares (detectados en Radiografía o TC de Tórax) <input type="checkbox"/> Compromiso endobronquial (pseudotumor o lesiones ulceradas endobronquiales) <input type="checkbox"/> Hemoptisis masiva / hemorragia alveolar* <input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria con necesidad de asistencia ventilatoria 	<p>PUNTAJE TOTAL BVAS: ___ (0-60)</p>

