

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

--	--

**TRATAMIENTO ACTUAL** (Últimas 4 semanas)

Tratamientos recibidos:

- Prednisona Dosis diaria actual (mg): \_\_\_\_
- Otros corticoides. Especifique: \_\_\_\_\_
- Plasmaferesis
- Inmunoglobulinas
- Micofenolato Dosis actual (mg): \_\_\_\_\_
- Azatioprina Dosis actual (mg): \_\_\_\_\_
- Otros inmunosupresores. Especifique: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO SOLICITADO:**

- Rituximab Dosis (mg): \_\_\_\_\_

**Consideraciones que juzgue relevantes:**

INGRESO POR SISTEMA