Formulario de Solicitud de DOSIS posterior y SEGUIMIENTO para el TRATAMIENTO de UVEÍTIS No Infecciosa (UNIIPP)

Fecha de solicitud : ___/___/_____

Nombre del paciente _____ C.I._____

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

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional_____Nombre _____Firma _____

DATOS DEL TRATAMIENTO:

Fecha de la última dosis: ___/___/_____

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

Motivo: ☐ Efectos adversos ☐ Falta de respuesta ☐ Abandono ☐ Embarazo
☐ Fallecimiento ☐ Otro. Especifique _____

CAMBIO DE DOSIS: ☐ NO ☐ SI Fecha: __/__/____

Motivo de ajuste de dosis:
Especificar_____

CONTROL OFTALMOLÓGICO TRIMESTRAL:

Respuesta al tratamiento:

☐ Remisión

☐ Mejoría

Criterios de Mejoría

☐ Descenso > 2 niveles en celularidad de cámara anterior
☐ Descenso > 2 niveles en celularidad-turbidez vítrea
☐ Mejoría significativa en lesiones inflamatorias del segmento posterior

☐Fallo al tratamiento

Criterios de Fallo al tratamiento

☐ No lograr descenso celularidad cámara anterior o turbidez vítrea ≤ 0.5+
☐ Vasculitis retiniana activa
☐ Lesiones inflamatorias persistentes en segmento posterior
☐ Disminución agudeza visual vinculada a inflamación persistente

CONTROL PARACLINICO ANUAL: SI/NO (Adjuntar informes)

Hemograma: ☐ Normal ☐ Leucopenia ☐ Plaquetopenia ☐ Anemia ☐ Otro resultado patológico

Funcional y enzimograma hepático: ☐ Normal ☐ Patológico
Alteración de enzimas vinculadas al tratamiento? ☐ No ☐ Si

Creatininemia: ☐ Normal ☐ Patológico

INGRESO POR SISTEMA

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO ☐ No ☐ Si

CARDIOVASCULARES ☐ No ☐ Si

Especifique:_____

INFECCIONES ☐ No ☐ Si

☐ Tuberculosis
☐ Infección respiratoria
☐ Otras. Especifique: _____

HEMATOLOGICAS ☐ No ☐ Si

Especifique:_____

OTRAS ☐ No ☐ Si

☐ Síndrome de lupus like
☐ ACV
☐ Cefalea
☐ Reacciones de hipersensibilidad
☐ Alteración de enzimas hepáticas
☐ Dislipemias
☐ Otras. Especifique: _____

TRATAMIENTO PROPUESTO:

Peso (Kg): __ __ __

Dosis de Adalimumab: __ __ mg Cada: ☐ 2 semanas ☐ 3 semanas ☐ 4 semanas

TRATAMIENTO ASOCIADO : ☐ Si ☐ No

Tratamiento Asociado	Dosis (mg)
Metotrexate	
Azatioprina	
Ciclosporina	
Micofenolato	
Ciclofosfamida	
Otros. Especifique: _____ _____	

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA