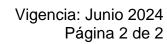


Vigencia: Junio 2024 Página 1 de 2

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 profesionalNombreFirma	
DATOS DEL TRATAMIENTO:	
Fecha de la última dosis://	
SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO: NO SI Fecha://	
Motivo: ☐ Efectos adversos ☐ Falta de respuesta ☐ Abandono ☐ Emba	arazo —
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 posi- 	sterior
□Fallo al tratamiento	
Criterios de Fallo al tratamiento	
 □ No lograr descenso celularidad cámara anterior o turbidez vítrea □ Vasculitis retiniana activa □ Lesiones inflamatorias persistentes en segmento posterior □ Disminución agudeza visual vinculada a inflamación persistente 	≤ 0.5+
CONTROL PARACLINICO ANUAL: SI/NO (Adjuntar informes)	
Hemograma: ☐ Normal ☐ Leucopenia ☐ Plaquetopenia ☐ Anemia ☐ Otro resulta	ido patológico
Funcional y enzimograma hepático: ☐ Normal ☐ Patológico Alteración de enzimas vinculadas al tratamiento?	□ No □ Si
<u>Creatininemia</u> : □ Normal □ Patológico	





CARDIOVASCULARES	□ No □ Si	
Especifique:		OTRAS 🗆 No 🗆 Si
INFECCIONES No	□ Si	☐ Síndrome de lupus like
□ Tuberculosis		□ ACV □ Cefalea
☐ Infección respiratoria		☐ Reacciones de hipersensibilidad
☐ Otras. Especifique:		☐ Alteración de enzimas hepáticas
		☐ Dislipemias
HEMATOLOGICAS N	lo □ Si	□ Otras. Especifique:
Especifique:		
Peso (Kg):		anas □ 3 semanas □ 4 semanas
TRATAMIENTO PROP Peso (Kg): Dosis de Adalimumab:	mg Cada: □ 2 sema	anas □ 3 semanas □ 4 semanas
Peso (Kg): Dosis de Adalimumab: TRATAMIENTO ASOCIADO Tratamiento	mg Cada: □ 2 sema	anas □ 3 semanas □ 4 semanas
Peso (Kg): Dosis de Adalimumab: TRATAMIENTO ASOCIADO Tratamiento Asociado	mg Cada: □ 2 sema O_: □ Si □ No	anas 3 semanas 4 semanas
Peso (Kg): Dosis de Adalimumab: TRATAMIENTO ASOCIADO Tratamiento Asociado Metotrexate	mg Cada: □ 2 sema O_: □ Si □ No	anas □ 3 semanas □ 4 semanas
Peso (Kg): Dosis de Adalimumab: TRATAMIENTO ASOCIADO Tratamiento Asociado Metotrexate Azatioprina	mg Cada: □ 2 sema O_: □ Si □ No	anas 3 semanas 4 semanas
Peso (Kg): Dosis de Adalimumab: TRATAMIENTO ASOCIADO Tratamiento Asociado Metotrexate Azatioprina Ciclosporina	mg Cada: □ 2 sema O_: □ Si □ No	anas 🗆 3 semanas 🗆 4 semanas
Peso (Kg): Dosis de Adalimumab: TRATAMIENTO ASOCIADO Tratamiento Asociado Metotrexate Azatioprina	mg Cada: □ 2 sema O_: □ Si □ No	anas 3 semanas 4 semanas

Consideraciones que juzgue relevantes: