

Formulario de solicitud de INICIO de 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 _____

DIAGNÓSTICO

☐ Uveítis no infecciosa

Fecha del diagnóstico: ____/____/____

Forma clínica:

- ☐ Uveítis intermedia
☐ Uveítis posterior
☐ Panuveítis

Criterio evolutivo:

- ☐ Persistente
☐ Recurrente
☐ Severa progresiva

SITUACIÓN CLÍNICA

Parámetros de Severidad de la Uveítis:

Lesiones inflamatorias en segmento posterior ☐ Si ☐ No

Vasculitis retiniana activa ☐ Si ☐ No

Disminución de la Agudeza Visual vinculada a Inflamación ☐ Si ☐ No

Medida de celularidad en cámara anterior ☐ 0 ☐ 0.5+ ☐ 1+ ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+

Medida de celularidad en vítreo ☐ 0 ☐ 0.5+ ☐ 1+ ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+

Corticodependiente: ☐ Si ☐ No

Forma de presentación:

- ☐ Uveítis aislada ☐ Uveítis asociada a enfermedad sistémica

TRATAMIENTOS Recibidos

Tratamiento	Inicio (Fecha)	Finalización (Fecha)	Causa de suspensión	Dosis (mg)
Corticoides				
Metotrexate				
Azatioprina				
Ciclosporina				
Micofenolato				
Ciclofosfamida				
Otros. Especifique: _____				

Quimioprofilaxis para BK: ☐ No ☐ Si

Indicada por: ☐ PPD
☐ Booster
☐ AP de tuberculosis
☐ Rx. Tx. patológica
☐ Otro

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES ☐ No ☐ Si

- ☐ Cardiopatía isquémica
☐ Insuficiencia cardíaca
☐ Otros Esp. _____

RESPIRATORIOS ☐ No ☐ Si

- ☐ Asma ☐ Fibrosis Pulmonar
☐ EPOC ☐ Otros Esp. _____

DIGESTIVOS ☐ No ☐ Si

- ☐ Enfermedad celíaca ☐ Enfermedad inflamatoria
☐ Hepatopatía crónica ☐ Otros Esp. _____

PSIQUIATRICOS ☐ No ☐ Si

- ☐ Depresión ☐ Otros. Esp. _____

ENDOCRINO-METABÓLICOS ☐ No ☐ Si

- ☐ Diabetes ☐ Hipotiroidismo
☐ Hipertiroidismo ☐ Dislipemia
☐ Otros. Esp. _____

NEFROUROLÓGICOS ☐ No ☐ Si

- ☐ Insuficiencia renal ☐ Diálisis
☐ Otros Esp. _____

HEMATOLÓGICOS ☐ No ☐ Si

Cuál? _____

ENFERMEDAD NEOPLÁSICA ☐ No ☐ Si

- ☐ Piel
☐ Otros Esp. _____

ENFERMEDADES AUTOINMUNES ☐ No ☐ Si

Especifique: _____

INFECCIONES ☐ No ☐ Si

- ☐ VIH ☐ Hepatitis B
☐ Hepatitis C ☐ Tuberculosis
☐ Otros Esp. _____

NEUROLÓGICOS ☐ No ☐ Si

- ☐ Demencia
☐ Enfermedad desmielinizante
☐ Otros Esp. _____

OTROS ☐ No ☐ Si

- ☐ Alcoholismo
☐ Tabaquismo
☐ Consumo problemático de drogas
☐ Otros. Esp. _____

TRATAMIENTO PROPUESTO

Peso (Kg): _____

Adalimumab Dosis inicial (mg): _____ Dosis mantenimiento (mg): _____

TRATAMIENTO ASOCIADO : ☐ Si ☐ No

Tratamiento asociado	Dosis
Metotrexate	
Azatioprina	
Ciclosporina	
Micofenolato	
Ciclofosfamida	
Otros. Especifique: _____	

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA