

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES y SEGUIMIENTO para TRATAMIENTO de FIBROSIS PULMONAR

Fecha de solicitud : ____/____/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

NEUMÓLOGO SOLICITANTE:

Nº CP _____ Nombre _____ Firma _____

TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO EN CURSO

Diagnóstico: ☐ Fibrosis pulmonar idiopática ☐ Fibrosis pulmonar progresiva

Antifibrótico actual: ☐ Pirfenidona Dosis actual: _____ mg/día

☐ Nintedanib Dosis actual: ☐ 150 mg c/12 h ☐ 100 mg c/12 h

Fecha de último control: ____/____/____

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO:

☐ NO

☐ SI

Fecha: ____/____/____

Motivo:

- ☐ Indicación médica
- ☐ Abandono
- ☐ Falta de respuesta o progresión
- ☐ Efectos adversos.
 - ☐ Toxicidad hepática clínicamente relevante
 - ☐ Diarrea severa o persistente con Nintedanib pese a manejo y/o reducción de dosis
 - ☐ Rash/fotosensibilidad severa persistente con Pirfenidona
 - ☐ Intolerancia gastrointestinal persistente con Pirfenidona
 - ☐ Sangrado mayor, evento cardiovascular adverso mayor o evento tromboembólico relevante
- ☐ Embarazo durante tratamiento
- ☐ No adherencia persistente o imposibilidad de cumplir controles mínimos
- ☐ Fallecimiento
- ☐ Otro. Especifique _____

CAMBIO DE DOSIS / CAMBIO DE ANTIFIBRÓTICO

¿Cambia de dosis con respecto al último pedido? ☐ NO ☐ SI

¿Cambia de antifibrótico? ☐ No ☐ Sí

Cambio de antifibrótico: ☐ Pirfenidona → Nintedanib ☐ Nintedanib → Pirfenidona

Motivo del cambio:

- ☐ Toxicidad / intolerancia
- ☐ Efectos adversos
- ☐ Comorbilidades / interacciones / contraindicaciones
- ☐ Otros _____

Dosis solicitada: Pirfenidona: _____ mg/día

Nintedanib: ☐ 150 mg c/12 h ☐ 100 mg c/12 h

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO:

Fecha de inicio de tratamiento: ____/____/____

Fecha de último control: ____/____/____

Internaciones: ☐ NO ☐ SI días: ____ Internación en CTI/CI: ☐ NO

☐ SI Causa: ☐ Respiratoria ☐ Otra

Exacerbaciones: ☐ NO ☐ SI

Efectos adversos: ☐ NO ☐ SI Cuáles?

☐ Rash

☐ Fotosensibilidad

☐ Pérdida de peso

☐ Náuseas

☐ Vómitos

☐ Diarrea

☐ Anorexia

☐ Sangrado

☐ Evento cardiovascular

☐ Otros _____

Disnea (mMRC): ____ (del 1 al 4)

SaO2 basal (%): ____ VEA: ____ %

Funcional y enz. Hepático: ☐ No ☐ SI Fecha: ____/____/____

TGO: ____ TGP: ____ GGT: ____

SEGUIMIENTO Y CONTROL

Adjuntar informe sobre respuesta al tratamiento y documentación correspondiente.

Resumen de historia clínica cada 3 meses y funcional respiratorio con CVF y DLCO cada 6 meses.

CVF: ☐ No ☐ SI Fecha: ____/____/____ Valor: ____ (ml) ____ (%) del predicho

DLCO: ☐ No ☐ SI Fecha: ____/____/____ Valor: ____ (%)

Test de la marcha en 6 min: ☐ No ☐ SI Fecha: ____/____/____ SaO2 basal (%): ____

SaO2 final (%): ____ Distancia recorrida con o sin O2 (metros): ____

Antropometría Peso: ____ kg Talla: ____ cm IMC: ____

Consideraciones que juzgue relevantes: