

Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de FIBROSIS PULMONAR

Fecha de solicitud : ____/____/____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

MÉDICO NEUMÓLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

☐ Fibrosis pulmonar idiopática ☐ Fibrosis pulmonar progresiva (FPP)

Fecha del diagnóstico: ____/____/____

Tiempo desde inicio de síntomas hasta 1era consulta (meses): ____

Diagnóstico confirmado por: ☐ TACAR ☐ Biopsia Pulmonar Patrón NIU: ☐ Típico ☐ Probable ☐ Indeterminado

DIAGNÓSTICO DE FPP

EPID fibrosante crónica de base:

- ☐ Neumonitis por hipersensibilidad crónica
- ☐ EPID asociada a enfermedad del tejido conectivo
- ☐ Esclerosis sistémica
- ☐ Artritis reumatoide
- ☐ EPID idiopática no clasificable
- ☐ Vasculitis ANCA con patrón de NIU
- ☐ Otra. Especifique: _____

TACAR reciente (≤ 6 meses)

Fecha: ____/____/____

Extensión de fibrosis $>10\%$ del volumen pulmonar total ☐ Si ☐ No

Criterio de progresión documentado en los últimos 24 meses, pese a tratamiento estándar:

- ☐ Caída relativa de CVF $\geq 10\%$
- ☐ Caída relativa de CVF $\geq 5\%$ y $<10\%$ + empeoramiento de síntomas respiratorios
- ☐ Caída relativa de CVF $\geq 5\%$ y $<10\%$ + aumento de fibrosis en TCAR secuencial
- ☐ Empeoramiento de síntomas respiratorios + aumento de fibrosis en TCAR

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL:

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

CVF $< 50\%$ del predicho: ☐ No ☐ Si

DLCO $\leq 40\%$: ☐ No ☐ Si Saturación $< 88\%$ en PM6M: ☐ No ☐ Si

Peso: ____ kg Talla: ____ cm IMC: ____

DIAGNÓSTICO DE CAPACIDAD FUNCIONAL

Performance status (ECOG): ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

PARACLÍNICA

Capacidad de Difusión Pulmonar (DLCO): ☐ No ☐ Sí Fecha: ____/____/____ Valor: ____ (%)

Capacidad Vital Forzada (CVF): ☐ No ☐ Sí Fecha: ____/____/____ Valor: ____ (%)

Test de la marcha: ☐ No ☐ Sí Fecha: ____/____/____

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

% del predicto: ____

Anticuerpos Antinucleares (ANA): ☐ No ☐ Sí Fecha: ____/____/____ Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo

Anticuerpos Anticitoplasma de Neutrófilos (ANCA): ☐ No ☐ Sí Fecha: ____/____/____
Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo

Factor Reumatoideo (FR): ☐ No ☐ Sí Fecha: ____/____/____ Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo

Anticuerpos Antipéptido Citrulinado (Anti-CCP): ☐ No ☐ Sí Fecha: ____/____/____
Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo

Funcional y enzimograma hepático: ☐ No ☐ Sí Fecha: ____/____/____
TGO: ____ TGP: ____ GGT: ____

Test de Cotinina en orina: ☐ No ☐ Sí Fecha: ____/____/____ Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo

Test de embarazo (si corresponde) ☐ No ☐ Sí Fecha: ____/____/____ Resultado: ☐ Positivo ☐ Negativo

ANTECEDENTES PERSONALES

RESPIRATORIOS ☐ No ☐ Sí

- | | |
|---|--|
| ☐ Fumador actual | ☐ Atelectasia |
| ☐ Ex - fumador | ☐ Insuf. respiratoria |
| ☐ Asma | ☐ EPOC |
| ☐ CBP | ☐ ABPA |
| ☐ Bronquiectasias | ☐ TBC |
| ☐ Enfisema | ☐ Aspergilosis invasiva |
| ☐ Otros Cual _____ | |

CARDIOVASCULARES ☐ No ☐ Sí

- ☐ Hipertensión pulmonar
- ☐ Insuficiencia cardíaca FEVI: ____ %
- ☐ Cardiopatía isquémica estable/enfermedad vascular periférica
- ☐ Otros Cual _____

NEUROLÓGICOS ☐ No ☐ Sí

- ☐ Deterioro cognitivo
- ☐ Otros Cual _____

NUTRICIONALES ☐ No ☐ Sí

- ☐ Desnutrición crónica
- ☐ Otros Cual _____

DERMATOLÓGICOS ☐ No ☐ Sí

- | | |
|--|---|
| ☐ Fotosensibilidad | ☐ Melanoma |
| ☐ Carcinoma basocelular | ☐ Fotoexposición laboral |
| ☐ Otros Cual _____ | |

DIGESTIVOS

☐ No ☐ Si

- ☐ Hepatopatía ☐ Hepatitis tóxica
☐ RGE ☐ Otros Cual _____

HEMATOLÓGICOS

☐ No ☐ Si

- ☐ Trastornos hemorrágicos ☐ Anemia
☐ Estados trombofílicos
☐ Otros Cual _____

EXPOSICIONES

☐ No ☐ Si

- ☐ Exposición a hongos ☐ Exposición a asbesto
☐ Exposición a sílice ☐ Exposición a fármacos
☐ Contacto con aves ☐ Otras Cual _____

NEOPLASIAS

☐ No ☐ Si

Cual _____

ANTECEDENTE FAMILIAR DE FPI ☐ No ☐ Si

INTERNACIÓN EN LOS 6 MESES PREVIOS ☐ No ☐ Si

Días: ____

Ingreso a CTI/UCI: ☐ No ☐ Si Causa: ☐ Respiratoria
☐ Otra

OTROS ANTECEDENTES ☐ No ☐ Si

- ☐ Infertilidad
☐ VIH
☐ Diabetes
☐ Alcoholismo
☐ Consumo de drogas Cual _____
☐ Otros Cual _____

TRATAMIENTO QUE RECIBE ACTUALMENTE:

Marcar con "x" el tratamiento que corresponda:

- ☐ B2 inhaladores
☐ Inmunosupresores Cual: _____
☐ Prednisona Dosis: _____, _____
☐ Otros corticoides Cual: _____ Dosis: _____, _____
☐ Anticoagulantes
☐ Sildenafil
☐ Oxígeno domiciliario
☐ Tratamiento de RGE
☐ Evaluación para trasp. Pulmonar

- ☐ N acetilcisteína
☐ Nintedanib
☐ Vacuna antineumococcica
☐ Vacuna antigripal
☐ Rehabilitación pulmonar
☐ Programa de tratamiento tabaquismo
☐ Programa de cuidados paliativos
☐ Otros. Especifique _____

TRATAMIENTO SOLICITADO

Para marcar la dosis solicitada tener en cuenta lo que el paciente va a tomar a partir del día 15 del tratamiento en adelante.

- ☐ Pirfenidona Dosis solicitada: ☐ 2403 mg/día ☐ Otra dosis: _____ mg/día
☐ Nintedanib Dosis solicitada: ☐ 150 mg cada 12 horas ☐ 100 mg cada 12 horas

Consideraciones que juzgue relevantes: