

SOLICITUD DE TRATAMIENTO PARA COLITIS ULCEROSA

Este formulario debe ser actualizado obligatoriamente cada 6 meses.

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Sexo: F ☐ M ☐ X ☐ Edad: _____ Fecha de Nac.: _____

Peso: _____ Talla: _____ Altura: _____

Fecha de diagnóstico: _____ Edad al diagnóstico: _____

Diagnóstico Principal: Colitis Ulcerosa:

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD (INICIO, EVOLUCIÓN, RESPUESTA TERAPÉUTICA):

ESTUDIOS REALIZADOS PARA DETERMINAR DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

INFORME DE ÚLTIMA VCC/ BIOPSIA (CONSIGNAR FECHA DE REALIZACIÓN):

Criterios histológicos utilizados: _____

Resultado: _____

Estado actual: En remisión ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Severa ☐

Índices y criterios clínicos de actividad:

Compromiso extraintestinal: NO ☐ SI ☐ Especificar ☐ Articular ☐ Cutáneo ☐ Ocular ☐ Otro ☐

Biomarcadores de: Actividad ☐ Respuesta terapéutica ☐ Probabilidad de recaídas ☐

Tipo, resultado y fecha de realización:

Resultado: _____

Estado actual: En remisión ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Severa ☐

Índices y criterios clínicos de actividad:

VSG ☐ _____ PCR ☐ _____ Calprotectina en M.F. ☐ _____

Índices de Calidad de Vida: Completar resultado.

IBDQ _____ BDQ32 _____ IBDQ36 _____ Otro: _____

TRATAMIENTO INDICADO:

JUSTIFICATIVO MÉDICO DEL TRATAMIENTO SOLICITADO:

SCORE DE MAYO PARA COLITIS ULCEROSA

Escala de Mayo para evaluar la actividad CUCI

	0 = Remisión	1 = Actividad leve	2 = Actividad moderada	3 = Actividad severa
Frecuencia de las evacuaciones	Normal	1 o 2 más de lo normal por día	3 o 4 más de lo normal por día	5 más de lo normal por día
Sangrado rectal	Ninguno	Estrías	Evidente	Abundante
Mucosa (endoscópica)	Normal	Leve friabilidad	Moderada friabilidad	Sangrado espontáneo
Estado global del paciente según el médico	Normal	Leve	Moderado	Grave

Score de Mayo 0–2: Remisión 3–5: Actividad leve 6–10: Actividad moderada 11–12: Actividad grave

Score de mayo total: _____

PROTOCOLO DE CONSUMO MENSUAL

Este formulario debe ser completado en su totalidad con letra clara y legible, sin omitir ningún campo. Debe ser actualizado obligatoriamente en caso de modificar droga/dosis del tratamiento.

Edad _____ Peso _____ Altura (m) _____ Talla _____ Superficie corporal (m2) _____

Diagnóstico _____

Inicio del tratamiento _____

Ciclos estimados _____ Ciclos realizados _____

DROGAS SOLICITADAS

Adjuntar además la prescripción en el recetario del médico solicitando las drogas por su denominación común internacional –DCI- o nombre genérico; presentación y cantidad requerida para cada ciclo.

Drogas ¹	Dosis	Dosis diaria (mg) ²	Dosis mensual	Dosis total (mg)	Días de duración de la medicación	Cantidad de días del ciclo

¹ INDICAR NOMBRE GENÉRICO DEL PRINCIPIO ACTIVO.
² DE SOLICITAR DOS O MÁS PRESENTACIONES COMERCIALES DE UNA MISMA DROGA, DETALLAR EL CONSUMO DIARIO POR CADA PRESENTACIÓN

CRITERIOS DE GRAVEDAD/SCORES (ACTUALES):

SCORE DE MAYO (adjuntar copia)

CRITERIOS/SCORES PARA VALORAR RESPUESTA TERAPÉUTICA:

Datos de contacto del Médico tratante:

Apellido y nombre: _____

Mail: _____

Celular: _____

IMPORTANTE: la solicitud del tratamiento queda sujeta a la evaluación de Auditoría Médica e Interconsultores Especializados, pudiendo ser necesaria documentación médica adicional.
Debe acompañarse de consentimiento informado completo y copia de los estudios respaldatorios.

Fecha: _____

Firma y sello del médico tratante.

FICHA DE PACIENTE

Apellido y Nombre del Asociado: _____

Fecha actual: _____ Fecha de diagnóstico: _____

TRATAMIENTO ESPECÍFICO		
FAME	FECHA DE INICIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
1. CONVENCIONALES:		
Metotrexato		
Hidroxicloroquina		
Sulfasalacina		
Mesalazina		
Leflunomida		
Ciclosporina		
Azatioprina		
Ciclofosfamida		
2. SINTÉTICOS ESPECÍFICOS:		
Baricitinib		
Tofacitinib		
Upadacitinib		
Apremilast		
3. BIOLÓGICOS:		
Abatacept		
Adalimumab		
Certolizumab		
Etanercept		
Golimumab		
Infliximab		
Rituximab		
Tocilizumab		
Sarilumab		
Secukinumab		
Guselkumab		
Risankizumab		
Vedolizumab		
Ixekizumab		

Firma y sello del médico tratante.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y apellido del asociado: _____

Número de DNI del asociado: _____

Diagnóstico: _____

Droga: _____

DECLARACIÓN DEL ASOCIADO:

1.- Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento/tratamiento. He tenido la posibilidad de realizar todas las preguntas necesarias y se me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento/tratamiento va a consistir en lo siguiente (en lenguaje sencillo):

Y que los posibles riesgos más importantes son: _____

Y que será realizado por el (los) doctor (es): _____

2.- Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento/tratamiento descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo llevan a cabo.

3.- Entiendo que, de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución. También habiendo prestado mi consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento sin que esto afecte mis derechos como paciente.

Firma del asociado Lugar y Fecha: _____

He informado al paciente del propósito/tratamiento y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan. Nombre y Apellido del profesional/es actuante/s: _____

Firma, sello y matrícula Lugar y Fecha: _____

EN CASO DE IMPOSIBILIDAD DE FIRMA DEL PACIENTE:

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

Apellido y Nombre		DNI
Parentesco		Fecha
Lugar		

TESTIGO

Apellido y Nombre		DNI
Parentesco		Fecha
Lugar		

Firma de tutor legal o fiar.

Firma de testigo