

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ESPONDILOARTRITIS (ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y ESPONDILITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA)

Este formulario debe ser actualizado obligatoriamente cada 6 meses.

Apellido y Nombre del Asociado: _____

Nro. De documento: _____

Edad: _____ Sexo: F ☐ M ☐ X ☐ Peso: _____ Talla: _____

Categoría (Asociado Titular/familiar): _____

Fecha de inicio de tratamiento actual: _____

DIAGNÓSTICO Y FECHA:

ESTADO ACTUAL (ESTADO FUNCIONAL, COMPLICACIONES Y/O COMORBILIDADES):

BASDAI actual: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS-EFECTUADOS DETALLANDO DROGAS/TIEMPO/DOSIS Y ASOCIACIONES UTILIZADAS: SIEMPRE SE DEBERÁ DEMOSTRAR EL FRACASO EN LA RESPUESTA A TERAPIAS PREVIAS CON OTRAS DROGAS Y SUS FRACASOS CON SUS DOSIS RESPECTIVAS:

DETALLE COMPLETO DEL TRATAMIENTO INDICADO (CON DETALLE DE DROGAS UTILIZADAS/DOSIS/TIEMPO Y RESPUESTA):

FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN ESPECÍFICA (CON DETALLE DE DOSIS UTILIZADA DIARIA Y MENSUAL REQUERIDA, TIEMPO Y RESPUESTA):

TIEMPO DE TRATAMIENTO PREVISTO:

ADJUNTAR COPIA DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA EL DIAGNÓSTICO: INFORME DEL HLA B-27, RADIOGRAFÍA DE PELVIS Y RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA, BASDAI, LABORATORIO REACTANTES DE FASE AGUDA:

BASDAI	Puntaje (0-10)
1) ¿Cuánta fatiga o cansancio ha tenido usted?	
2) ¿Cuánto dolor ha tenido usted en cuello, espalda o caderas debido a la espondilitis anquilosante?	
3) ¿Cuánto dolor o inflamación ha tenido usted en las otras articulaciones (sin contar cuello, espalda y caderas)?	
4) ¿Cuánto malestar ha tenido usted en las partes de su cuerpo que le duelen al tocarlas o presionarlas?	
5) ¿Cuánta rigidez matutina ha tenido usted al despertarse?	
6) ¿Cuánto tiempo le dura la rigidez matutina desde que se levanta?	
TOTAL:	

LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA SIGUIENTE SOLICITUD TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, LA FALSEDAD DE LOS MISMOS PODRÁ DAR LUGAR A LO QUE A DERECHO CORRESPONDA.

Fecha de emisión: _____

Firma y sello del médico tratante.

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.

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre _____

DNI _____ Teléfono _____ Email _____

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

Diagnóstico _____

Inicio del tratamiento _____

Ciclos estimados _____ Ciclos realizados _____

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y Nombre _____

Teléfono _____ Email _____

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

Fecha de emisión: _____

Firma y sello del médico tratante.

COMPLETAR SÓLO EN CASOS DE DIAGNÓSTICOS ONCOLÓGICOS

Estadío actual de la enfermedad _____

Performance status (ECOG) _____

Tipo: Neoadyuvancia ☐ Adyuvancia ☐ ☐ Enfermedad avanzada -> N° de línea _____Toxicidad grado III-IV durante el ciclo anterior: Sí ☐ NO ☐

Si contestó Sí, describa la toxicidad y el grado según el CTC v5.0: _____

Método de evaluación del tratamiento: Marcador TAC ☐ Ecografía RMN ☐ Otro: _____
(Marque la opción que corresponda)

Fecha/s propuesta/s de evaluación del tratamiento indicado:			Fecha de evaluación: (Indique NR si aún no fue realizada)		
Respuesta al tratamiento:	Respuesta completa:	Respuesta al parcial:	Enfermedad estable:	Progresión:	No evaluable (explique):

Fecha de emisión: _____

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