Medifé

PLANILLA HIPERTENSIÓN PULMONAR

Fecha: _____ /_____ / _____

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nac.: _____ / _____ / _____ Sexo: Fem ☐ Masc ☐

Obra Social: _____

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

HIPERTENSIÓN PULMONAR: SI ☐ NO ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐

Fecha de diagnóstico: _____ / _____ / _____ Edad al diagnóstico: _____

CLASE FUNCIONAL (O.M.S.): GRADO

Al diagnóstico: I ☐ I-II ☐ II ☐ II-III ☐ III ☐ III-IV ☐ IV ☐

Actual: I ☐ I-II ☐ II ☐ II-III ☐ III ☐ III-IV ☐ IV ☐

CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA: Grupos: (Marcar)

☐ 1°: Primaria o debida a: shunts intracardiacos congénitos de izq./derecha, hipertensión portal, hipertensión pulmonar persistente del recién nacido, enfermedad vascular por colagenopatia, infección por HIV, causas hereditarias.

☐ 2°: Secundaria por enfermedad cardíaca izquierda (hipertensión pulmonar venosa).

☐ 3°: Asociada con hipoxemia y/o enfermedades pulmonares.

☐ 4°: Debida a enfermedad trombótica crónica (HPETC), enfermedad embolica, o ambas.

☐ 5°: Misceláneas.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ACTUALIZADO CON DETALLE DE ESTADO ACTUAL

ENFERMEDAD ACTUAL Y ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

Estudios realizados para arribar a diagnóstico de certeza. (Si realizó, adjuntar copia de Informe):

☐ Ecocardiograma Doppler ☐ Arteriografía/Angiografía Pulmonar

☐ Cateterismo Pulmonar Derecho ☐ Otros: _____

Estudios complementarios que avalen estado actual: NO ☐ SI ☐ (Adjuntar copia de informes)

Tratamientos previos: NO ☐ SI ☐ (completar cuadro siguiente)

PLANILLA HIPERTENSIÓN PULMONAR

Grupo:	Droga/dosis	Desde/hasta	Motivo de suspensión
Bloqueantes Cálcicos			
Inhibidores de la PDE 5			
Antagonista del receptor de endotelina			
Prostanoide			
Agonista receptor prostaciclina			
Estimulador de la GCs			
Otros			

TRATAMIENTO QUE SOLICITA: INICIO CAMBIO CONTINUIDAD

Droga genérica	Dosis e intervalos	Tiempo est. de trat.	Respuesta	Asoc. a otros agentes ¿Cuáles?
Ambrisentan				
Bosentan				
Treprostinil				
Macitentan				
Iloprost				
Teprostinil				
Epoprostenol				
Selexipag				
Riociguat				

Reacciones adversas al tratamiento: NO ☐ SI: marcar ☐

☐ Hepatotoxicidad ☐ Alergia ☐ Hipotensión ☐ Otras

Justificación médica del tratamiento solicitado

FECHA DE CONFECCIÓN | FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO | CEL/MAIL CONTACTO

El presente debe acompañarse de copia de los estudios respaldatorios mencionados para poder realizarse la evaluación correspondiente, sin excepción-. Completar además consentimiento informado adjunto.

PLANILLA HIPERTENSIÓN PULMONAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El abajo firmante, Sr./Sra _____

con DNI/LE/LC _____ de _____ años de edad, dice que:

1°. Entiende los alcances del tratamiento de (nombre de la patología que presenta)

con (droga genérica que se prescribe)

2°. Ha recibido información sobre los beneficios y los potenciales riesgos asociados al uso de este/os medicamento/s y ha recibido instrucciones y aclaraciones por parte del médico de toda cuestión técnica de tal forma que, los alcances del tratamiento y su objetivo, le resultan claramente comprensibles.

3°Ha sido informado sobre la forma de administración, la cantidad y frecuencia con que el medicamento debe ser administrado.

4°. Se ha notificado que deberá realizar controles periódicos con el especialista, así como estudios complementarios para evaluar los resultados del tratamiento.

5°. Ha sido informado que deberá contactar inmediatamente al médico en caso de un evento adverso o de cualquier signo que pudiera indicar el curso de un brote de la enfermedad.

6°. Se ha notificado que la firma del presente consentimiento resulta indispensable para cumplimentar los requisitos exigidos por la normativa aplicable.

7°. Ha sido informado de la importancia de realizar el tratamiento sin interrupciones, salvo que la misma fuera indicada por un profesional.

Se firma el presente en _____ al _____ del mes de _____ de 20 _____

PACIENTE (o Representante Legal)	MEDICO
_____	_____
Firma y aclaración	Firma
_____	_____
Número de Documento	Sello