

FICHA DE TUTELAJE DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR

Nombre y Apellido: _____

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

MARCAR LA/LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

Diagnóstico: marque tipo de HTP

- a- HTP grupo 1 b- HTP grupo 2
 c- HTP grupo 3 d- HTP grupo 4

Fecha de diagnóstico: _____

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:

Cateterismo pulmonar derecho: fecha del estudio: _____

PSAP: _____ mmHg. PDAP: _____ mmHg.

PMAP: _____ mmHg. Presión capilar pulmonar: _____ mmHg.

Presión en AD: _____ mmHg. Índice cardíaco: _____ ml/min.

Vaso-reactividad pulmonar: Positiva Negativa No se realizó

Ecocardiograma Doppler: fecha del estudio: _____

Diámetro AI: _____ mm. Diámetro AD: _____ mm.

Fracción eyección VI: _____ % TAPSE: _____ mm.

PSAP estimada: _____ mmHg.

Ecocardiograma Doppler: fecha del estudio: _____

No realizó

Ecocardiograma Doppler: fecha del estudio: _____

Hepatograma: TGO: _____ mg/dl. TGP: _____ mg/dl.

Creatinina: _____ mg/dl.

NT-proBNP: _____ pg/ml.

CLASE FUNCIONAL DE LA OMS ACTUALa. I b. II c. III d. IV

Fecha de inicio de tratamiento específico: _____

MEDICACIÓN ESPECÍFICA UTILIZADA**1- Bloqueante canal calcio:**a. Diltiazem b. Verapamilo c. Otro

Fecha de inicio: _____

Fecha de suspensión: _____

2- Inhibidores de la PDE-5:a. Sildenafil b. Tadalafil c. Otro

Fecha de inicio: _____

Fecha de suspensión: _____

3- Antagonista receptor endotelina:a. Bosentan b. Ambrisentan c. Macitentan

Fecha de inicio: _____

Fecha de suspensión: _____

4- Prostanoide:a. Treprostinil EV b. Treprostinil inhalado c. Epoprostenol d. Iloprost

Fecha de suspensión: _____

Fecha de inicio: _____

5- Agonista receptor Prostaciclina:Selexipag

Fecha de inicio: _____

Fecha de suspensión: _____

6- Estimulador de la GCs:Riociguat

Fecha de inicio: _____

Fecha de suspensión: _____

PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD**EN CASO DE RESPUESTA SÍ, MARCAR LO QUE CORRESPONDA**a. Progresión de síntomas b. Caminata de 6 minutos: _____ mts. c. Internación por insuficiencia cardíaca derecha d. Trasplante pulmonar e. Trasplante cardiopulmonar f. Septostomía auricular

g. Muerte (fecha de óbito: _____)

EFFECTOS ADVERSOS DE MEDICACIÓNNo Si **EN CASO DE RESPUESTA SÍ, MARCAR LO QUE CORRESPONDA**

- a. Hepatotoxicidad
- b. Reacción alérgica
- c. Hipotensión arterial
- d. Otro

Fecha _____ Firma y sello del Médico: _____

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.

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

Datos de Contacto del Médico Prescriptor:

Apellido y nombre:

Mail: _____ Celular: _____

Lugar y Fecha _____ Firma y sello del Médico:

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 descripto 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 descripto 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 filiar.

Firma de testigo