



LUGAR Y FECHA _____

ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS - RHC

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DNI: _____ **EDAD:** _____

DOMICILIO: _____

N° DE AFILIADO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

FECHA DE DX.: _____

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO: _____

CLASE DE MUTACIÓN (2, 3, 4, 5, 6, NA):

Módulo:

- 1 - Tratamiento Sintomático Convencional de la FQ
- 2 - Tratamiento que incluye Terapias Moduladoras del CFTR

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD Y DE MEDICACIÓN UTILIZADA: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS FIBROSIS QUÍSTICA

ANTIBIÓTICOS INHALADOS: TOBRAMICINA		IVACAFOTOR MONOTERAPIA	
MUCOLÍTICOS: DNASA RECOMBINANTE HUMANA (DORNASA ALFA)		TEZACAFOTOR/IVACAFOTOR	
		LUMACAFOTOR/IVACAFOTOR	
COMPLEMENTO NUTRICIONAL: ENZIMA PANCREATINA (PANCREATINA)		ELEXACAFOTOR /TEZACAFOTOR /IVACAFOTOR	
		OTRO	

FUNDAMENTO TERAPÉUTICO : _____

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO ACTUAL: _____

FECHA DE FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO: _____



OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERÍA Y AFINES
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA I RNOS 0-0060-4

Bolivar 578/80 | Ciudad de Buenos Aires

Tel.: 5278 6100

www.osalara.com.ar



LUGAR Y FECHA _____

ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS - RHC

INFORMACIÓN ADICIONAL

PESO: _____ TALLA: _____

VEF1 (VOLUMEN ESPIRATORIO FORZADO EN 1 SEGUNDO): _____

CVF (CAPACIDAD VITAL FORZADA): _____

DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

- TEST DE SUDOR (ANORMAL (CLORO > 60 MEQ/L)
- 2° TEST DE SUDOR CONFIRMATORIO
- ESTUDIO MOLECULAR (AL MENOS 2 MUTACIONES DEL CFTR- EN CASO DE MÓDULO 2)
- DIFERENCIA DEL POTENCIAL NASAL TRANSEPITELIAL (SOLO EN CASO DE CORRESPONDER)

ACTUALIZACIÓN SEMESTRAL

1- Nuevo Resumen de Historia Clínica de seguimiento

2- Actualización de la Información Médica

- Cambio de tratamiento
- Fecha de finalización de tratamiento
- Motivo de Discontinuación
- En caso de progresión y/o cambio de tratamiento por favor adjuntar nuevo resumen de Historia Clínica o RP del nuevo tratamiento

TELÉFONO

EMAIL

FIRMA Y SELLO

Criterios de Diagnóstico

"Se encuentran comprendidos en recupero los pacientes con diagnóstico establecido de Enfermedad Fibroquística del Páncreas. 1) Test del sudor anormal (Cloro > 60 mEq/L), con una segunda prueba que lo confirme o 2) Estudio molecular que documente la presencia de mutaciones del Factor Regulador de la Conductancia Transmembrana (CFTR) o 3) Demostración de diferencia de potencial nasal transepitelial anormal.

Existen casos atípicos en los cuales el test de sudor puede estar dentro de los límites normales o con valores limítrofes y se debe confirmar el diagnóstico sólo con el estudio molecular. En este último caso deben estar presente 2 mutaciones para arribar al diagnóstico.

Fundamento terapéutico

"Pacientes con diagnóstico confirmado de Fibrosis Quística, que se adecuen el tratamiento a su condición clínica y estado mutacional.

Módulo 1: Tratamiento Sintomático Convencional de la FQ

Módulo 2: Tratamiento que incluye Terapias Moduladoras del CFTR