

FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO PACIENTES HEMOFÍLICOS

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Afiliado N°:
 Apellido y Nombre: Sexo: F M
 Número de Documento: (*)Fecha de Nacimiento:/...../.....
 Dirección: Provincia: Localidad:
 CP: (*)Teléfono:

2. DATOS COMPLEMENTARIOS

Tipo empadronamiento: Inicio Cambio
 (*)Diagnóstico OMS: Grado (Leve, Moderada, Severa).....
 (*)Fecha Diagnóstico:/...../..... Antecedentes familiares: Si No
 (*)Peso: (*)Talla: (*)Sup. Corp:

3. PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Apellido y Nombre:.....
 Dirección:..... (*)Teléfono:
 Institución:..... Localidad:
 Especialidad:..... Mat. Especialidad:

5. TEST DIAGNÓSTICO

Factor VIII:	(*)Actividad % Fecha:/...../.....	Factor IX:	(*)Actividad % Fecha:/...../.....
--------------	--	------------	--

5. SITIOS DE SANGRADO - marcar lo que corresponda-

Sitios de sangrado			Der.	Izq.	Fecha	Factor	Cantidad Factor
Articular Indicar si es Derecho o Izquierdo	Codo			/...../.....		
	Rodilla			/...../.....		
	Coxofemoral			/...../.....		
	Hombro			/...../.....		
	Tobillo			/...../.....		
otro:			/...../.....			
Muscular			/...../.....			
Otros	Intercraneano			/...../.....		
	Abdominal			/...../.....		
	Cara			/...../.....		
	Cuello			/...../.....		
	Cabeza			/...../.....		
otro:			/...../.....			
Sitios de sangrado			Der.	Izq.	Fecha	Factor	Cantidad Factor
Mucosos	Oral			/...../.....		
	Gastrointestinal			/...../.....		
	ORL			/...../.....		
	Genitourinario			/...../.....		
	otro:			/...../.....		

6. EVALUACIÓN PARA ZONA ARTICULAR

Score Petterson	Clínica:	Clínica:
Fecha:/...../.....	Fecha:/...../.....	Fecha:/...../.....

7. CIRUGÍA

Tipo / Fecha	Observaciones	Factor	Cantidad	DDAVP	Duración
Odonto. Programada Fecha:/...../.....				Cantidad:	Días:
Ortopédica Fecha:/...../.....				Cantidad:	Días:
Mayor Fecha:/...../.....				Cantidad:	Días:
Otras: Fecha:/...../.....				Cantidad:	Días:

FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO PACIENTES HEMOFÍLICOS

8. PROFILAXIS

Motivos	+ de 2 episodios de sangrado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Artropatía	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo de Factor	Plasmático	Fecha de comienzo: (*)Duración: Nombre: U / Kg / Dosis:	/...../.....
	Recombinante	Fecha de comienzo: (*)Duración: Nombre: U / Kg / Dosis:	/...../.....

9. TRATAMIENTO

		Fecha	Observaciones
Vacunas	VHA/...../.....	
	VHB 1/...../.....	
	VHB 2/...../.....	
	VHB3/...../.....	
Tratamiento Ortopédico	Punción evacuadora/...../.....	
	Radiosinovectomía/...../.....	
	Artrodesis/...../.....	
	Fisioterapia/...../.....	
	Otro/...../.....	
Catéter Central Implantable	Colocación/...../.....	
	Infección/...../.....	
	Trombosis/...../.....	

10. COMPLICACIONES

Artropatía	Hemartrosis aguda	Articulación:	Fecha/...../.....	Trat. Ortopedico	
	Crónica articular	Articulación:	Fecha/...../.....	Trat. Ortopedico	
	Sinovitis crónica	Articulación:	Fecha/...../.....	Trat. Ortopedico	
	Pseudotumor		Fecha/...../.....	Trat. Ortopedico	
	Fractura		Fecha/...../.....	Trat. Ortopedico	
Desarrollo inhibidores	Factor VIII		Fecha Tratamiento/...../.....	Título (BU/ML)	
	Factor VIII		Fecha Tratamiento/...../.....	Título (BU/ML)	
Infecciones	Hepatitis A		Fecha/...../.....	HBSAC HBCAC IgGCMV	HBSAG IgMCMV
	Hepatitis B		Fecha/...../.....		
	Hepatitis C		Fecha/...../.....		
	CMV		Fecha/...../.....		
	Parvo virus B19		Fecha/...../.....		
Transfusiones	Otro		Fecha/...../.....		
	Glóbulos rojos		Fecha/...../.....		
	Plaquetas		Fecha/...../.....		
	Plasma fresco congelado		Fecha/...../.....		
	Crioprecipitado		Fecha/...../.....		

11. LABORATORIOS COMPLEMENTARIOS

	Factor	Resultado	Fecha
Test cinética		/...../.....
Vida media		/...../.....
Desmopresina - Pre		/...../.....
Desmopresina - Post		/...../.....

DDJJ: Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente. La documentación de respaldo obra en mi poder y será expuesta ante el requerimiento de auditoría médica de la APROSS.

.....
Firma y Aclaración del Paciente

.....
Firma y Sello del Médico Tratante

Fotocopia de informe de Estudios que demuestran la patología que padece el/la afiliado/a. // Para cada articulación agregar Evaluación Clínica y/o por imágenes (Pettersson). // Para Infecciones adjuntar serologías.

(*) LOS DATOS QUE FIGURAN RESALTADOS SON OBLIGATORIOS Y SU AUSENCIA IMPIDE EL TRÁMITE DE EMPADRONAMIENTO.