

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

**PROTOCOLO PARA APROBACIÓN DE TRATAMIENTO**  
**ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA DEL PÁNCREAS**

*Por favor, completar en letra de imprenta clara con tinta azul o negra.*

- **SIGNO-SINTOMATOLOGÍA** (Complete según corresponda).

Frecuencia cardíaca	
Tensión arterial	
Frecuencia respiratoria (dormido/ despierto)	
Peso (kg)	
Talla (cm)	
Percentilo	
Tos (sí/ no)	
Secreciones respiratorias (sí/ no. Características)	
Auscultación pulmonar	
Tolerancia a la actividad física	
Prolapso rectal (sí/ no)	
Características de la materia fecal	
Otros datos positivos del examen físico	

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

**1. PACIENTE CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA.**

ESTUDIO DIAGNÓSTICO	FECHA	RESULTADOS (puede adjuntar fotocopias de estudios)	FUNDAMENTE LA SOLICITUD (Por favor, si el fundamento es clínico, especifique los síntomas y/o signos que motivaron su pedido)
Test del sudor.			
Estudio genético.			
Diferencia de potencial nasal.			
Secuenciación del gen CFTR			

**2. CONSEJO GENÉTICO.**

Test de screening solicitado:	Fundamente su solicitud.

**3. DETECCIÓN NEONATAL.**

Estudio	Fecha	Resultados (Puede adjuntar fotocopia del estudio).	Fundamente su solicitud.
Tripsina inmunorreactiva			
Test genético			



**APELLIDO Y NOMBRE**

**FECHA**

**DNI**

<b>SI PREDOMINA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA:</b>	<b>FECHA</b>	<b>RESULTADOS (Puede adjuntar copia del informe)</b>
Radiografía de tórax		
Radiografía de senos paranasales		
TAC de tórax de alta resolución		
Cultivo de esputo		
Cultivo de lavado broncoalveolar		
Espirometría (VEF1, CVF)		
Gases sanguíneos / Pulsioximetría		
Otros		

<b>SI PREDOMINA SINTOMATOLOGÍA DIGESTIVA</b>	<b>FECHA</b>	<b>RESULTADOS (Puede adjuntar copia del informe)</b>
Hemograma		
Glucemia		
Hepatograma con FAL		
Proteinograma		
Sodio- Potasio- Cloro		
Amilasa- Lipasa		
Dosaje de vitaminas liposolubles		
Elastasa fecal		
Quimotripsina		
Porcentaje de grasa en materia fecal de 72hs		
Calcio- Fósforo- Magnesio		
Evaluación de la función pancreática exócrina		
Densitometría/ Radiografías óseas		
Radiografía abdominal		
Ecografía abdominal		

**APELLIDO Y NOMBRE**

**FECHA**

**DNI**

<b>Endoscopia digestiva alta</b>		
<b>Otros</b>		

<b>OTROS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS</b>	<b>FECHA</b>	<b>RESULTADOS (Puede adjuntar copia del informe)</b>
<b>Inmunoglobulina E</b>		
<b>Pruebas cutáneas</b>		
<b>Inmunoglobulina E contra Aspergillus</b>		
<b>Anticuerpos anti pseudomona</b>		
<b>Otros</b>		

- **¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO SOLICITADO PARA SU PACIENTE?**

<b>PACIENTE CON INFECCIÓN RESPIRATORIA (Antibiótico elegido: Vía/dosis/ Tiempo estimado de tratamiento)</b>	<b>PATÓGENO AISLADO</b>	<b>CULTIVOS POSITIVOS Y ANTIBIOGRAMA (Aclarar tipo de muestras)</b>	<b>FECHA</b>	<b>CONDICIÓN CLÍNICA (Primer aislamiento/colonización clínica/exacerbación)</b>

<b>OTROS TRATAMIENTOS RESPIRATORIOS (Cuál?)</b>	<b>Fundamente su solicitud:</b>
---	---------------------------------

**APELLIDO Y NOMBRE**

**FECHA**

**DNI**

--	--

<b>PACIENTE CON SÍNTOMAS DIGESTIVOS:</b>	<b>SÍ/NO</b>	<b>DOSIS</b>
Reemplazo con enzimas pancreáticas		
Suplementos con vitaminas, calcio-fósforo u otros suplementos		
Ácido ursosodesoxicólico		
Antiácidos/inhibidores de la bomba de protones		
Cirugía (¿Cuál?)		
Trasplante hepático		
Otros		

<b>OTROS TRATAMIENTOS SOLICITADOS</b>	<b>SÍ/NO</b>	<b>FUNDAMENTE LO SOLICITADO</b>
DNA asa recombinante		
N- acetil cisteína		
Broncodilatadores		
Glucocorticoides		
Fisioterapia respiratoria		
Oxigenoterapia/ Ventilación no invasiva		
Trasplante pulmonar		
Otros		

**APELLIDO Y NOMBRE**

**FECHA**

**DNI**

**Médico tratante (Firma y sello)**

**Teléfono de contacto:**

**RESERVADO PARA AUDITORIA**

**SE RECOMIENDA AUTORIZAR:**  
Marcar el que corresponda

**SI**

**NO**

**JUSTIFICACIÓN DE LA NEGATIVA:**

**Médico interviniente (Firma y sello)**