

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

PROTOCOLO PARA APROBACIÓN DE TRATAMIENTO

ENFERMEDAD DE GAUCHER

POR FAVOR, COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA CLARA CON TINTA AZUL O NEGRA. No es necesario completar todos los campos de la planilla, únicamente aquellos necesarios para el diagnóstico y para el seguimiento del paciente según corresponda.

EDAD	SEXO
AFILIADO	
Gaucher tipo	I II III
Marcar el que corresponda	
FECHA DEL DIAGNÓSTICO	

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

DIAGNÓSTICO INICIAL (Completar los estudios realizados)

DATOS DE LABORATORIO Y ESTUDIOS DE IMÁGENES
Actividad de glucocerebrosidasa:
Hemograma:
Recuento de plaquetas:
Fosfatasas ácidas:
Quitotriosidasa:
Presencia de células de Gaucher en aspirado medular:
Radiológicos (tórax, otras):
Estudio genotípico:

SEGUIMIENTO (Se recomienda cada 12 a 24 meses en el tipo I)

EVOLUCIÓN CLÍNICA

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (Describir resultados de los solicitados, puede adjuntar copia del informe)

Quitotriosidasa plasmática (fecha):

Hemograma (fecha):

Recuento de plaquetas (fecha):

Beta glucosidasa (fecha):

Fosfatasa ácida tartraro resistente:

Electroinmunoforesis del suero (en mayores de 50 años):

Transaminasas hepáticas:

Radiológicos (huesos largos):

Rx Tórax:

Electrocardiograma (Se recomienda cada 2 a 3 años si el basal es normal):

Ecografía de abdomen:

Ecocardiograma:

Tomográficos:

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

Resonancia magnética (Volumen bazo e hígado)
Resonancia magnética (de columna y fémur en casos sintomáticos)
Absorciometría dual de rayos X (DEXA) (Sugerido cada 24 meses) (De cadera y columna en casos sintomáticos)
Electroencefalograma (En caso de convulsiones)

EVALUACIONES ADICIONALES (Cuando corresponda. Puede adjuntar copia del informe)

Examen neurológico (En niños cada 3 meses el 1º año y luego cada 6 meses)

Examen oftalmológico de movimientos oculares (cada 6 meses)

Audiometría (Cada 12 meses, si normal reevaluar en 2 a 3 años)

Potenciales evocados del tronco cerebral (cada 12 meses)

--

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

Neuropsicometría (cada 12 meses)

TRATAMIENTO PROPUESTO

DROGA

DOSIS

PESO

VIA DE ADMINISTRACIÓN

FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Médico tratante (Firma y sello)

Teléfono de contacto:

RESERVADO PARA AUDITORIA

SE RECOMIENDA AUTORIZAR: SI NO
 Marcar el que corresponda

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

JUSTIFICACIÓN DE LA NEGATIVA:

Médico interviniente (Firma y sello)