**FORMULARIO A COMPLETAR POR MÉDICO TRATANTE**

**CLÍNICA ECHO – ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS**

|  |
| --- |
| Caso clínico (marque con unan X):  Nuevo: Seguimiento:  Nombre del médico tratante:  Fecha de envío de este formulario: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sexo | Año de nacimiento/edad | Raza |

|  |  |
| --- | --- |
| Estado civil | Departamento de origen |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Procedencia | ASSE | FEMI | | IAMC | OTRO |
| Diagnóstico: | | | Fecha de diagnóstico: | | |

ANTECEDENTES PERSONALES A DESTACAR (COMORBILIDADES)

|  |
| --- |
|  |

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS A DESTACAR:

|  |
| --- |
|  |

ANTECEDENTES FAMILIARES A DESTACAR:

|  |
| --- |
|  |

DIAGNÓSTICO PREVIO DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA/ CUAL/ES:

|  |
| --- |
|  |

FECHA DE DIAGNÓSTICO:

BALANCE LESIONAL (ESPECIFIQUE ÓRGANOS COMPROMETIDOS):

|  |
| --- |
|  |

CLINIMETRÍA (EN CASO DE ARTRITIS REUMATOIDEA O ESPONDILOARTRITIS)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Valor/fecha | | | | | |
| DAS 28 | / | / | / | / | / |
| CDAI | / | / | / | / | / |
| SDAI | / | / | / | / | / |
| BASDAI | / | / | / | / | / |

ESTUDIOS PREVIOS REALIZADOS (complete lo que considere de interés para el caso clínico)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Resultado/ fecha | | |
| ANA | / | / | / |
| AntiADN | / | / | / |
| Anti Sm | / | / | / |
| Anti Ro | / | / | / |
| Anti La | / | / | / |
| ScL70 | / | / | / |
| Centrómetro | / | / | / |
| U1RNP | / | / | / |
| p-Anca | / | / | / |
| c-Anca | / | / | / |
| Anticardiolipina | / | / | / |
| Anticoag. Lupico | / | / | / |
| AntiB2 GPI | / | / | / |
| Factor reumatoideo | / | / | / |
| AntiCCP | / | / | / |
| Jo 1 | / | / | / |
| LKM | / | / | / |
| ASMA | / | / | / |
| Ac enfermedad celíaca | / | / | / |
| Test de Coombs | / | / | / |
| VES | / | / | / |
| PCR | / | / | / |
| Complemento C3  C4 | / | / | / |
| Leucocitos | / | / | / |
| Neutrofilos | / | / | / |
| Linfocitos | / | / | / |
| Hemoglobina | / | / | / |
| VCM | / | / | / |
| Plaquetas | / | / | / |
| Eosinófilos | / | / | / |
| Bil. Total | / | / | / |
| B.D | / | / | / |
| B.I | / | / | / |
| TGO | / | / | / |
| TGP | / | / | / |
| FA | / | / | / |
| GGT | / | / | / |
| Tiempo protrombina | / | / | / |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Azoemia | / | / | / |
| Creatininemia | / | / | / |
| Indice Prot./Creat. | / | / | / |
| Proteinuria 24 hs. | / | / | / |
| Examen de orina con sedimento (fecha) |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| RxTx\* |  | |  | |
| Funcional respiratorio\* |  | |  | |
| Test de marcha\* |  | |  | |
| DLCO\* |  | |  | |
| TACAR\* |  | |  | |
| Rx de manos/pies u otras imágenes articulares\* | |  | |  |
| Capilaroscopía\* | |  | |  |

\*aclarar fecha de realización

OTROS ESTUDIOS REALIZADOS QUE CONSIDERE DE INTERÉS:

|  |
| --- |
|  |

TRATAMIENTOS RECIBIDOS (EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD AUTOINMUNE)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fármaco | Via/dosis/intervalo | Inicio/finalización | Causa de suspensión |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |

ENFERMEDAD ACTUAL

|  |
| --- |
|  |

PARACLINICA ACTUAL A DESTACAR:

|  |
| --- |
|  |

TRATAMIENTO ACTUAL REALIZADO:

|  |
| --- |
|  |

MOTIVO DE PRESENTACION DEL CASO. ¿QUE DIFICULTAD LE PRESENTA ESTE CASO CLÍNICO?

|  |
| --- |
|  |

PREGUNTAS QUE DESEA QUE EL EQUIPO DE ECHO LE RESPONDA:

|  |
| --- |
|  |

**Una vez completado este formulario, envíe el archivo y sus adjuntos (si corresponde) a la casilla de correo:** [proyectoechouruguay@fmed.edu.uy](mailto:proyecto.echo.uruguay@gmail.com)**. En breve y por la misma vía, se le comunicará la fecha y horario de la teleconferencia donde presentará el caso.**

**Recomendamos descargar el Consentimiento Informado del Paciente antes de realizar la presentación del caso en el Proyecto ECHO. El mismo debería adjuntarse a la historia clínica de su paciente.**