**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 C3C4 |  / |  / |  / |
| 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**. 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.**