

Codi assignat a la sol·licitud

Metge/essa especialista que fa la sol·licitud

Núm de col·legiat/ada*

Centre sanitari

Codi

Servei / Unitat del centre sanitari

Sol·licitud de tractament del sarcoma de Kaposi amb interferó

1. Dades personals del pacient

Cognoms

Nom

Data de naixement

Sexe

masculí femení

Població habitual de residència

Codi d'identificació personal (CIP)

Núm. d'història clínica

2. Factors socials i de risc

2.1. Ocupació en els últims anys

2.2. Conducta sexual

heterosexual homosexual bisexual

2.3. Ha utilitzat drogues per via intravenosa

sí no

2.4. Ha rebut trasplantaments

no sí (especifiqueu-ne el tipus i la data)

Observacions

3. Situacions que cal enregistrar

3.1. Biòpsia sarcoma de Kaposi

Data

3.2. Síntomes sistèmics

febre sí no

pèrdua de pes > 10% sí no

sudoració profusa sí no

3.3. Extensió del procés

cutani + ganglionar sí no

cutani + ganglionar + mucosa sí no

cutani + ganglionar + mucosa + visceral sí no

3.4. Infeccions oportunistes

sí no

* Especifiqueu el codi de província en els dos primers dígitos.

4. Dades analítiques

4.1. Estat serològic

Serologia anti-VIH

Serologia anti-VIH

.....
Data de la primera determinació

.....
Data de l'última determinació

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

4.2. Dades analítiques dels següents paràmetres:

hemoglobina (g/l)

hemoglobina (g/l)

hematies ($\times 10^{12}/l$)

hematies ($\times 10^{12}/l$)

leucòcits ($\times 10^9/l$)

leucòcits ($\times 10^9/l$)

neutròfils ($\times 10^9/l$)

neutròfils ($\times 10^9/l$)

limfòcits ($\times 10^9/l$)

limfòcits ($\times 10^9/l$)

CD⁴ Total ($\times 10^9/l$)

CD⁴ Total ($\times 10^9/l$)

CD⁴/CD⁸

CD⁴/CD⁸

Data de la primera determinació

Data de l'última determinació

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

4.3. Cultiu CMV

positiu negatiu

Interferó circulant

positiu negatiu

5. Tractament: dosi i freqüència

5.1. Pauta prevista

|_|_|_|_| unitats/dosi d'interferó

5.2. Freqüència (dosi/setmana)

|_|_|

Signatura del metge/de la metgessa

Data

Conclusions *(que ha d'emplenar l'Administració)*

Informe favorable

sí no

Motius/observacions

Signatura dels membres del Consell assessor sobre la utilització terapèutica de l'interferó

Data