



LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

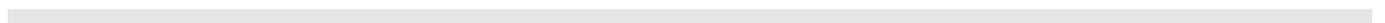
**ENFERMEDAD DE CROHN - RESUMEN DE HISTORIA CLINICA**

**APELLIDO Y NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**N° DE AFILIADO:** \_\_\_\_\_



**DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE DX.:** \_\_\_\_\_

**CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO** \_\_\_\_\_



**CROHN DISEASE ACTIVITY INDEX (CDAI) DE INICIO:** \_\_\_\_\_



**ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD Y DE MEDICACIÓN UTILIZADA:** \_\_\_\_\_



**"TRATAMIENTOS PREVIOS ENFERMEDAD DE CROHN"**

MESALAZINA		INFLIXIMAB	
CORTICOIDES		CERTOLIZUMAB PEGOL	
MERCAPTOPURINA		USTEKINUMAB	
METOTREXATO		VEDOLIZUMAB	
ADALIMUMAB		OTRO	

**FUNDAMENTO TERAPÉUTICO** \_\_\_\_\_





OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERÍA Y AFINES  
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA | RNOS 0-0060-4

Bolívar 578/80 | Ciudad de Buenos Aires

Tel.: 5278 6100

www.osalara.com.ar



LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

## ENFERMEDAD DE CROHN - RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

MEDICACIÓN ACTUAL Y DOSIS MENSUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CAMBIO DE TRATAMIENTO Y/O MOTIVO DE DISCONTINUACIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

## DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA

- Resumen de Historia Clínica (deberá incluir Fundamento Terapéutico y los antecedentes de medicación utilizada)
- Estudio de imagen confirmatorio (Endoscopia-Biopsia-Enterotomografía-Enterorresonancia)

TELÉFONO

EMAIL

FIRMA Y SELLO

## ACTUALIZACIÓN SEMESTRAL

- 1- **Nuevo Resumen de Historia Clínica de seguimiento**
- 2- **Crohn disease activity index (CDAI) de seguimiento**
- 3- **Actualización de la Información Médica**
  - Cambio de tratamiento
  - Fecha de finalización de tratamiento
  - Motivo de Discontinuación
  - En caso de progresión y/o cambio de tratamiento por favor adjuntar nuevo resumen de Historia Clínica o RP del nuevo tratamiento

## Criterios de Diagnóstico

"Criterios generales: El diagnóstico de certeza de Enfermedad de Crohn se realiza mediante la combinación de un criterio de biopsia (presencia de granulomas o infiltrados linfoides), sumado a la presencia de al menos dos de los siguientes criterios:

- a) Lesión digestiva alta, b) Lesión anal, c) Distribución segmentaria, d) Lesión transmural, e) Fisura anal, f) Absceso, g) Fístula, h) Estenosis

## Fundamento terapéutico

Pacientes adultos y niños, a partir de los 6 años, con enfermedad activa moderada a severa que han tenido una respuesta inadecuada a la terapia convencional.