

VIZITA 1/ VIZITĂ ÎNȚIALĂ

Toate informațiile din acest formular vor fi completate cu majuscule

DATA (ZZ/LL/AN) ___/___/___ ID PACIENT (XX)* _____
NUME _____ PRENUME _____ AN NASTERE _____
SEX (M/F) _____ FUMATOR (DA/NU) _____ G(kg) _____ H(cm) _____
DIAGNOSTIC (BC/CU) _____ EXTENSIE (E1/E2/E3/L1/L2/L3/L4) _____ FENOTIP (B1/B2/B3) _____
FISTULE ACTIVE (DA/NU) _____ AN DIAGNOSTIC _____
INTERVENȚII CHIRURGICALE BII (DA, precizați tipul/NU) _____
MANIFESTARI EXTRAINTESTINALE? DA NU
Precizați tipul: _____

TRATAMENT ANTERIOR (bifați X în căsuța corespunzătoare sau încercuiți răspunsul corect)

IMUNOSUPRESOARE? DA NU DCI _____ COMBOTERAPIE MONOTERAPIE
TRATAMENT AVANSAT ANTERIOR (EȘEC LINIA 1)
 IFX ADA VEDO USTE TOFA
Durata (luni) _____ Motiv întrerupere _____

(ex: lipsă primară/secundară răspuns, reacție adversă, intervenție chirurgicală, sarcină etc)

MEDICAȚIE CONCOMITENTĂ

IMUNOSUPRESOARE? DA NU DCI _____ COMBOTERAPIE MONOTERAPIE
CORTICOSTEROIZI SISTEMICI? DA NU <16mg/zi >16mg/zi DOZA STABILĂ/TAPER
(doza echivalentă metilprednisolon)
CORTICOSTEROIZI TOPICI DA NU

PROBE BIOLOGICE

Proteina C reactivă (valoare) _____ mg/dl (!notați dacă se folosește altă UM)
Calprotectină fecală (valoare) _____ μg/g

ACTIVITATE CLINICĂ Scor Mayo parțial _____ / HBI _____ (pct)

EVALUARE COLONOSCOPICĂ

Limită examinare _____ scor Mayo endoscopic _____ scor SES-CD _____ (pct)

INIȚIERE TRATAMENT

IFX ADA VEDO USTE TOFA

Doză _____ Intervale anticipate administrare _____

Alte comentarii _____