

VIZITA 2

VIZITĂ LA 12 LUNI DE URMĂRIRE

VIZITA DE SISTARE A STUDIULUI (dacă e efectuată înainte de finalizarea programată a perioadei de urmărire) Ex: eveniment advers important/sistare medicație/pierdere din urmărire pacient

Toate informațiile din acest formular vor fi completate cu majuscule

DATA (ZZ/LL/AN) ___/___/_____

ID PACIENT (XX)* _____

NUME _____ PRENUME _____ AN NASTERE _____

FUMATOR (DA/NU) _____ G(kg) _____

FISTULE ACTIVE? DA NU

MODIFICĂRI MANIFESTARI EXTRAINTESTINALE DE LA VIZITA 1? DA NU

Precizați tipul: _____

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 Remisiune? DA NU Scor Mayo parțial _____ / HBI _____ (pct)

EVALUARE COLONOSCOPICĂ

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

TRATAMENT CURENT

IFX ADA VEDO USTE TOFA

Doză _____ Intervale administrare _____

EVENIMENTE RELEVANTE DE LA VIZITA 1

- CORTICOTERAPIE? (sistată/inițiată de la V1)?

Detaliați: _____

- REEVALUARE COLONOSCOPICĂ SUPLIMENTARĂ?

Motivație? (ex: recădere/evaluare răspuns/lipsă răspuns) _____

SES-CD/MayoE _____

*ID-ul pacientului este IDENTIC cu cel de la VIZITA INIȚIALĂ

Unde informațiile nu sunt disponibile (mai ales în cazul vizitei de sistare a studiului, se va preciza NA-Not available pentru fiecare câmp)

Studiul CONTINUITY

- REACȚII ADVERSE?

Detaliați: _____

- OPTIMIZAREA TRATAMENTULUI AVANSAT? DA NU

La câte luni de la inițiere? _____ Schemă optimizare? (Doză/interval) _____

- INTERVENȚII CHIRURGICALE? DA NU Detaliați: _____

- INFECȚII? DA NU
Detaliați: _____

- SPITALIZĂRI LEGATE DE BOALĂ? DA NU
Detaliați: _____

DETALII DESPRE MEDICAȚIA FOLOSITĂ ÎN LINIA II

Este în continuare administrată? DA NU

Dacă răspunsul este NU, la câte luni de la prima doză s-a oprit administrarea? _____

De ce s-a sistat medicația? (ex: lipsă primară/secundară răspuns, reacție adversă, intervenție chirurgicală, sarcină etc) _____

Au existat evaluări suplimentare clinice/biochimice/endoscopice de la vizita inițială?

La 3 luni DA NU

Remisiune clinică? DA NU NA

PCR? DA NU NA Valoare(mg/dl) _____

Calprotectină fecală DA NU NA Valoare(mg/dl) _____

Colonoscopie DA NU NA Scor MayoE _____ /SES-CD _____

La 6 luni DA NU

Remisiune clinică? DA NU NA

PCR? DA NU NA Valoare(mg/dl) _____

Calprotectină fecală DA NU NA Valoare(mg/dl) _____

Colonoscopie DA NU NA Scor MayoE _____ /SES-CD _____

Dacă medicația folosită în linia II a fost sistată pe parcursul celor 12 luni de urmărire, pentru ce tratament s-a optat în linia III?

- IFX ADA VEDO USTE TOFA studiu clinic intervenție chirurgicală

Alte comentarii _____

**ID-ul pacientului este IDENTIC cu cel de la VIZITA INIȚIALĂ*

Unde informațiile nu sunt disponibile (mai ales în cazul vizitei de sistare a studiului, se va preciza NA-Not available pentru fiecare câmp)