



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA  
R.N.O.S. 1-0740-4

### DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: ..... DNI .....

EDAD: ..... FECHA DE NACIMIENTO .....

### MARCAR LA/S OPCIONES QUE CORRESPONDAN

#### MARQUE TIPO DE HTP

a) HTP grupo 1

b) HTP grupo 2

c) HTP grupo 3

d) HTP grupo 4

FECHA DE DIAGNÓSTICO: .....

### MÉTODO DE DIAGNÓSTICO

Cateterismo pulmonar derecho: Fecha del estudio: .....

PSAP: \_\_\_\_ mmHg.

PDAP: \_\_\_\_ mmHg.

PMAP: \_\_\_\_ mmHg.

Presión capilar pulmonar: \_\_\_\_ mmHg.

Presión en AD: \_\_\_\_ mmHg.

Índice cardíaco: \_\_\_\_ ml/min.

Vaso-reactividad pulmonar: Positiva - Negativa - No se realizó

Ecocardiograma Doppler: Fecha del estudio: .....

Diámetro AI: \_\_\_\_ mm

Diámetro AD: \_\_\_\_ mm

Fracción eyección VI: \_\_\_\_ %

TAPSE: \_\_\_\_ mm

PSAP estimada: \_\_\_\_ mmHg

Arteriografía pulmonar: Fecha del estudio: .....

No realizó: .....

Laboratorio: Fecha del estudio: .....

Hepatograma: TGO: \_\_\_\_ mg/dl / TGP: \_\_\_\_ mg/dl

Creatinina: \_\_\_\_ mg/dL

NT-proBNP: \_\_\_\_ pg/ml

Clase funcional de la OMS actual:

a) I

b) II

c) III

d) IV

Fecha inicio tratamiento específico: .....

Firma y sello médico tratante .....

Fecha: / /



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA  
R.N.O.S. 1-0740-4

### MEDICACIÓN ESPECÍFICA UTILIZADA

**1-Bloqueante canal calcio: a) Diltiazem b) Verapamilo c) otro**

Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de suspensión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**2-Inhibidores de la PDE-5: a) Sildenafil b) Tadalafil c) otro**

Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de suspensión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**3- Antagonista receptor endotelina: a) Bosentan b) Ambrisentan c) Macitentan**

Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de suspensión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**4- Prostanoides: a) Treprostinil EV b) Treprostinil inhalado c) Epoprostenol d) Iloprost**

Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de suspensión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**5-Agonista receptor Prostaciclina: Selexipag**

Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de suspensión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**6-Estimulador de la GCs: Riociguat**

Fecha de inicio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de suspensión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Progresión de la enfermedad:    SI    NO**

**En caso de respuesta SI, marcar lo que corresponda:**

- a. Progresión de síntomas
- b. Caminata de 6 minutos: \_\_\_ mts.
- c. Internación por insuficiencia cardíaca derecha
- d. Trasplante pulmonar
- e. Trasplante cardiopulmonar
- f. Septostomía auricular
- g. Muerte (fecha de óbito: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

**Efectos adversos de la medicación:    SI    NO**

**En caso de respuesta SI, marcar lo que corresponda**

- a) Hepatotoxicidad
- b) Reacción alérgica
- c) Hipotensión arterial
- d) Otro

**TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS**

**CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

Firma y sello médico tratante .....

Fecha:    /    /