

Ficha recolección de datos 1era visita: Registro ESPALDA



DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

INICIALES DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

CENTRO PARTICIPANTE:

MEDICO PARTICIPANTE:

CIUDAD DE RESIDENCIA

NACIONALIDAD

TELEFONOS DE CONTACTO

E-MAIL

NUMERO DE HISTORIA CLINICA

EDAD:

SEXO:

TIPO DE RESIDENCIA: URBANA RURAL

ETNIA: BLANCO INDIGENA NEGRO NEGRO/BLANCO NEGRO/INDIGENA BLANCO/INDIGENA

AMARILLO BLANCO/AMARILLO OTRO

DIAGNOSTICO

A) ¿CUAL FUE EL PRIMER SINTOMA DEL PACIENTE DE SU ESPONDILOARTRITIS?

DOLOR LUMBAR DOLOR ARTICULAR PERIFERICO ENTESITIS

UVEITIS PSORIASIS EII OTRO. CUAL OTRO.....

B) ¿A QUIEN CONSULTO ANTE SU PRIMER SINTOMA?

CLINICO/INTERNISTA GUARDIA/URGENCIA TRAUMATOLOGO REUMATOLOGO

OFTALMOLOGO DERMATOLOGO GASTROENTEROLOGO OTRO. CUAL?.....

C) ¿CUANTOS MEDICOS VISITO ANTES DE QUE LE PUEDAN HACER EL DIAGNOSTICO?.....

D) TIEMPO DE EVOLUCION DESDE INICIO DE LOS SINTOMAS (meses).....

E) FECHA INICIO DE SINTOMAS

F) FECHA DE DIAGNOSTICO

G) DIAGNOSTICO

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOLOGICA

H) SU ESPONDILOARTITIS ESTA ASOCIADA A:

PSORIASIS ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA ARTRITIS REACTIVA NINGUNA

Ficha recolección de datos 1era visita:

Registro ESPALDA



ANTECEDENTES FAMILIARES

A-TIENE ANTECEDENTES FAMILIARES Si NO (en caso afirmativo contestar cual y preguntas B y C)

ESPONDILIOARTRITIS

ESPONDILIOARTITIS ARTRITIS PSORIATICA PSORIASIS UVEITIS

ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA ARTRITIS REACTIVA OTRO. ¿CUAL?.....

B) EL ANTECEDENTE FAMILIAR ES DE:

1ER GRADO (padre, madre, hijo) 2DO GRADO (tio, abuelo, sobrino) OTRO. ¿CUAL?.....

C) ALGUIEN EN LA FAMILIA TIENE HLA B27 POSITIVO

1ER GRADO (padre, madre, hijo) 2DO GRADO (tio, abuelo, sobrino) OTRO. ¿CUAL?.....

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

¿CUMPLE CRITERIOS ASAS AXIAL 2009? SI NO (en caso afirmativo contestar a y b)

A) CUMPLE RAMA IMAGEN SI NO

B) CUMPLE RAMA HLA B27 SI NO

¿CUMPLE CRITERIOS NEW YORK 1984 PARA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE? SI NO

TRATAMIENTO ANTERIOR

AINEs SI NO Cual?

DOSIS MAXIMA SI NO / TRATAMIENTO CONTINUO SI NO/ FRECUENCIA DE TOMA.....

FECHA DE INICIO..... FECHA DE SUSPENSION.....

CAUSA DE SUSPENSION..... EVENTO ADVERSO.....

AINEs 2 SI NO Cual?

DOSIS MAXIMA SI NO / TRATAMIENTO CONTINUO SI NO/ FRECUENCIA DE TOMA.....

FECHA DE INICIO..... FECHA DE SUSPENSION.....

CAUSA DE SUSPENSION..... EVENTO ADVERSO.....

Ficha recolección de datos 1era visita:

Registro ESPALDA



UTILIZO MAS DE DOS AINES?. SI NO

CUANTOS UTILIZO?

DMARDs SI NO

NOMBRE DMARD.....

DOSIS.....

FECHA DE INICIO.....

FECHA DE SUSPENSION.....

CAUSA DE SUSPENSION.....

EVENTO ADVERSO.....

DMARDs 2 SI NO

NOMBRE DMARD.....

DOSIS.....

FECHA DE INICIO.....

FECHA DE SUSPENSION.....

CAUSA DE SUSPENSION.....

EVENTO ADVERSO.....

UTILIZO MAS DE DOS DMARDS?. SI NO

CUANTOS UTILIZO?

BIOLOGICO SI NO

1era LINEA DE BIOLOGICO 2da LINEA 3era LINEA

¿ES BIOSIMILAR? SI NO

CUANTO TIEMPO PASO ENTRE EL INICIO DE SINTOMAS Y EL INICIO DE PRIMER BIOLOGICO(MESES),,,,,,,,,,

NOMBRE BIOLOGICO.....

DOSIS.....

FECHA DE INICIO.....

FECHA DE SUSPENSION.....

CAUSA DE SUSPENSION.....

EVENTO ADVERSO.....

BIOLOGICO 2 SI NO

1era LINEA DE BIOLOGICO 2da LINEA 3era LINEA

¿ES BIOSIMILAR? SI NO

CUANTO TIEMPO PASO ENTRE EL INICIO DE SINTOMAS Y EL INICIO DE PRIMER BIOLOGICO(MESES),,,,,,,,,,

NOMBRE BIOLOGICO.....

DOSIS.....

FECHA DE INICIO.....

FECHA DE SUSPENSION.....

CAUSA DE SUSPENSION.....

EVENTO ADVERSO.....

UTILIZO MAS DE DOS BIOLOGICOS?. SI NO

Ficha recolección de datos 1era visita:

Registro ESPALDA



CUANTOS UTILIZO?

CORTICOIDE SI NO

NOMBRE CORTICOIDE..... DOSIS.....

ORAL – ENDOVENOSO – INTRAMUSCULAR - INTRAARTICULAR

FECHA DE INICIO..... FECHA DE SUSPENSION.....

CAUSA DE SUSPENSION..... EVENTO ADVERSO.....

PARACETAMOL SI NO

OPIOIDES SI NO

OTROS TRATAMIENTOS SI NO.

CUAL OTRO.....

LABORATORIO GENETICO

HLA B27 POSITIVO NEGATIVO NO REALIZADO

OTRO HLA REALIZADO? CUAL? RESULTADO?

COMORBILIDADES

¿TIENE ALGUNA COMORBILIDAD? SI NO (EN CASO AFIRMATIVO MARCAR CUAL O CUALES TIENE)

CARDIOVASCULAR (HTA, IAM, INSUFICIENCIA CARDIACA, VALCULOPATIA,ETC) SI NO CUAL?.....

RESPIRATORIA (EPOC, ENFISEMA, ASMA, FIBROSIS PULMONAR) SI NO CUAL?.....

GENITOURINARIA (LITIASIS RENAL, NEFROPATIA, INSUFICIENCIA RENAL, NEFROPATIA IgA, URETRITIS,ETC) SI NO CUAL?.....

GASTROINTESTINALES (GASTRITIS, CELIAQUIA, COLON IRRITABLE, ETC) SI NO CUAL?.....

HEPATOLOGICAS SI NO CUAL?.....

NEUROLOGICAS (ACV, AIT, ETC) SI NO CUAL?.....

DERMATOLOGICAS SI NO CUAL?.....

METABOLICAS (DBT, HIPOTIROIDISMOS, ETC) SI NO CUAL?.....

TRAUMATOLOGICAS (FRACTURAS, ESPONDILODISCITIS, NOA, ETC) SI NO CUAL?.....

PSIQUIATRICAS (DEPRESION, ANSIEDAD, ETC) SI NO CUAL?.....

NEOPLASICAS SI NO CUAL?.....

Ficha recolección de datos 1era visita:

Registro ESPALDA



INFECCIONES SI NO CUAL?.....

HEMATOLOGICAS SI NO CUAL?.....

CIRUGIAS SI NO CUAL?.....

OTRAS SI NO CUAL?.....

TABAQUISMO Y HABITOS TOXICOS

TABAQUISMO SI NO ACTUAL PASADO PAQUETES AÑO:.....

ALCOHOL SI NO

OCASIONAL HABITUAL ADICCION

DROGAS SI NO CUAL?

MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES

¿TIENE ALGUNA MANIFESTACION EXTRAARTICULAR? SI NO CUAL?.....

MANIFESTACIONES GENERALES: FIEBRE SI NO / ASTENIA SI NO / PERDIDA DE PESO SI NO

UVEITIS SI NO fecha de inicio

ENFERMEDAD DE CROHN SI NO fecha de inicio / /

COLITIS ULCEROSA SI NO fecha de inicio / /

PSORIASIS CUTANEA SI NO fecha de inicio / / tipo de psoriasis

TRATAMIENTO ACTUAL

AINEs SI NO

DOSIS MAXIMA SI NO / TRATAMIENTO CONTINUO SI NO / FRECUENCIA DE TOMA.....

FECHA DE INICIO.....

DMARDs SI NO

NOMBRE DMARD..... DOSIS.....

FECHA DE INICIO.....

BIOLOGICO SI NO 1era LINEA DE BIOLOGICO 2da LINEA 3era LINEA

NOMBRE BIOLOGICO..... DOSIS.....

FECHA DE INICIO.....

Ficha recolección de datos 1era visita:

Registro ESPALDA



A) ¿ES UN BIOSIMILAR? SI NO - ¿LO INDICO UD? SI NO – ¿LE MODIFICARON SU INDICACION ORIGINAL POR UN BIOSIMILAR? SI NO.

B) ¿REALIZO TAPERING DEL BIOLOGICO CON ESTE PACIENTE EN ALGUNA OPORTUNIDAD? SI NO
¿SE MANTUVO CON BUENA REPUESTA DURANTE EL TAPERING? SI NO.

¿CUANTO TIEMPO (meses) ESTUVO EL PACIENTE EN REMISION ANTES DE REALIZAR EL TAPERING?

¿EL PACIENTE DISMINUYO SOLO LA DOSIS O ESPACIO LA TOMA SIN QUE UD SE LO INDIQUE?

C) ¿EL PACIENTE RECIBE REGULARMENTE SU BIOLOGICO? SI NO (EN CASO DE NO, ANOTAR CAUSA)

1. Falta de entrega de la medicación por el pagador
2. Decisión del paciente
3. Eventos adversos
4. Otros

CORTICOIDE SI NO

NOMBRE CORTICOIDE..... DOSIS.....

ORAL – ENDOVENOSO – INTRAMUSCULAR - INTRAARTICULAR

FECHA DE INICIO.....

PARACETAMOL SI NO

OPIOIDES SI NO

OTROS TRATAMIENTOS SI NO. **CUAL OTRO**.....

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

- KINESIOLOGIA SI NO
- PSICOTERAPIA SI NO
- TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS SI NO
 1. Acupuntura
 2. Herboristeria
 3. Marihuana
 4. Algun tipo de dieta
 5. Ozonoterapia
 6. Otros ? Cual?.....

Ficha recolección de datos 1era visita: Registro ESPALDA



- OTRO. Cual.....

SOCIOECONOMICO

ESCOLARIDAD (AÑOS).....

OCUPACION ACTUAL

DESOCUPADO SI NO CAUSA DE DESOCUPACION.....

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SI NO

TIENE ALGUN TIPO DE COBERTURA DE SALUD / ASEGURAMIENTO SALUD SI NO

LABORATORIO GENERAL

FECHA DEL LABORATORIO(debe ser dentro del mes de la visita).....

| VSG | PCR | GLUCEMIA | | |
|------------------|-----|----------|-----|---------------|
| COLESTEROL TOTAL | | LDL | HDL | TRIGLICERIDOS |

EXAMEN FISICO

Peso (kg): Talla (cm): Perímetro Cintura (cm):

Maniobras de Sacro Iliacas Derecha: positiva negativa

Maniobra de Sacro Iliacas Izquierda: positiva negativa

Exp torácica (cm): Schober (cm): Dedos Piso (cm):

Trago Pared (cm): Occipucio Pared (cm): Flexión Lateral (cm):

Rot Cervical (grados): Dist Intermaleolar (cm): Clase Funcional:

Rigidez Matinal (min): EVA Dolor (cm): EVA Dolor Nocturno (cm):

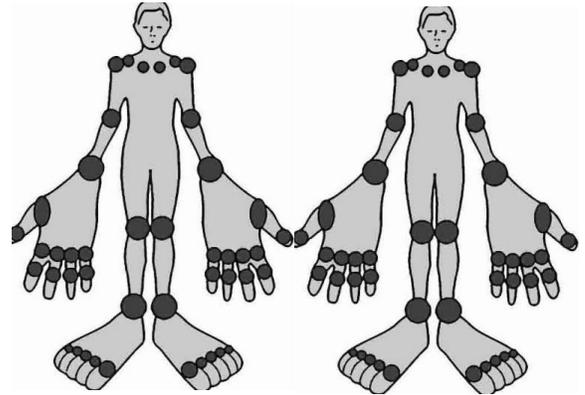
EVA activ (cm): EVA global médico (cm)

Ficha recolección de datos 1era visita:

Registro ESPALDA



Articulaciones dolorosas (cantidad y localización) :



Articulaciones inflamadas (cantidad y localización) :

MASES:

IMÁGENES RADIOGRAFIA

| SACROILICA IZQUIERDA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Según clasificación de NEW YORK | | | | |
| GRADO 0 | GRADO 1 | GRADO 2 | GRADO 3 | GRADO 4 |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

| SACROILICA DERECHA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Según clasificación de NEW YORK | | | | |
| GRADO 0 | GRADO 1 | GRADO 2 | GRADO 3 | GRADO 4 |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

RESONANCIA MAGNETICA

REALIZO RESONANCIA MAGNETICA SI NO (EN CASO AFIRMATIVO COMPLETAR)

| SACROILICA IZQUIERDA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| EDEMA OSEO | INFILTRACION GRASA | EROSION | PUENTE | BACK FILL |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

| SACROILICA DERECHA | | | |
|---|---|---|---|
| EDEMA OSEO | INFILTRACION GRASA | EROSION | PUENTE |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Ficha recolección de datos 1era visita:

Registro ESPALDA



| COLUMNA CERVICAL | | | |
|---|---|---|---|
| CUADRATURA | ESQUINA BRILLANTE | EROSION | SINDESMOFITO |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

| COLUMNA DORSAL | | | |
|---|---|---|---|
| EDEMA OSEO | INFILTRACION GRASA | EROSION | SINDESMOFITO |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

| COLUMNA LUMBAR | | | |
|---|---|---|---|
| CUADRATURA | ESQUINA BRILLANTE | EROSION | SINDESMOFITO |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

CUESTIONARIOS

BASDAI:

BASFI:

ASQol

ASDAS VSG:

ASDAS PCR

ASAS HI:

I-PAQ: Completar cuestionario cargar cada pregunta online

WPAI: Completar cuestionario y cargar cada pregunta online