

## INFORME MÉDICO COMPLEMENTARIO PARA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

**A. Nombre y apellidos del solicitante:**

**B. Diagnóstico:**

**C. Síntomas a pesar del tratamiento:**

TOS: seca húmeda persistente Intermitente paroxística otra

EXPECTORACIÓN: abundante mucopurulenta otra\_\_\_\_\_

HEMOPTISIS: leve grave Moderada Requiere embolización? \_\_\_\_\_

AUSCULTACIÓN: roncus sibilancias subcrepitantes localizada

generalizada mucopurulenta otra\_\_\_\_\_

**D. Reagudizaciones o infecciones respiratorias (a pesar del tratamiento)**

Nº y TIPO DE REAGUDIZACIÓN en el último año:

Leve: ≤ 3 ≥3 ≥6

Moderada: ≤ 3 ≥3 ≥6

Grave: ≤ 3 ≥3 ≥6

ETIOLOGÍA DE LA REAGUDIZACIÓN, INFECCIÓN:

Pseudomonas Estafilococo hongos otra\_\_\_\_\_

Nº INGRESOS en el último año  No  1  2-3  ≥3

CONSECUENCIAS de las infecciones:

empeoramiento radiológico

pérdida de capacidad pulmonar (FEV1)

aparición o incremento de bronquiectasias

pleuritis

hipertensión arterial pulmonar

otra\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO recibido durante las reagudizaciones:

antibióticos:  orales  intravenosos  nebulizados

Duración de los mismos \_\_\_\_\_

Corticoides  orales  intravenosos  nebulizados

Duración de los mismos \_\_\_\_\_

Broncodilatadores  intravenosos  nebulizados

Duración de los mismos \_\_\_\_\_

Otros :

orales  intravenosos Duración de los mismos \_\_\_\_\_

Otras COMPLICACIONES RESPIRATORIAS:  Hemoptisis  Atelectasias  Neumotórax

Insuficiencia respiratoria  Cor pulmonale  Aspergilosis  Otras \_\_\_\_\_

**E. Resultados Pruebas de Función pulmonar :**

CVF \_\_\_\_\_  VEF-1 \_\_\_\_\_  VEF-1/CVF \_\_\_\_\_  DCO \_\_\_\_\_  VR/DLCO \_\_\_\_\_

**E. Resultados Tc pulmonar:**

Bronquiectasias:  cilíndricas  saculares  localizadas  bilaterales  difusas

Atrapamiento aéreo:  generalizado  localizado  parcheado

Tapones mucosos:  generalizados  localizados

Atelectasias:  localizadas  múltiples

Otros

**F. Saturación de Oxígeno Arterial** (si es posible saberlo/tenerlo): \_\_\_\_\_%

**G. Afectación de la función cardíaca:**

**H. Tratamientos pautados de base :**

Fisioterapia respiratoria diaria: Nº de veces al día \_\_\_\_\_

Ejercicio Físico diario: Nº de veces al día \_\_\_\_\_

DNAsa nebulizada Nº de veces al día \_\_\_\_\_

Suero hipertónico salino nebulizado Nº de veces al día \_\_\_\_\_

Azitromicina semanal Nº de veces /semana \_\_\_\_\_

Antibióterapia nebulizada                      Nº de veces al día \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_                                      Nº de veces al día \_\_\_\_\_

**I. Afectación a otros órganos y/o patologías asociadas/derivadas de la Fibrosis Quística:**

**\*Enfermedades asociadas a la FQ:**

- Infección bronquial intermitente por \_\_\_\_\_
- Infección bronquial crónica por \_\_\_\_\_
- Prolapso rectal
- Enfermedad Nasosinusal
- Síndrome de Obstrucción Intestinal Distal
- Reflujo gastroesofágico
- Insuficiencia pancreática
- Hepatopatía:      leve                      Moderada                      Grave
- Síndrome pierde-sal: pérdida aguda de sal, alcalosis metabólica crónica
- Alteraciones urogenitales en el varón, originando azoospermia obstructiva
- Otros

**\*Otras patologías prevalentes:**

- Alergias      Inmunodeficiencia      Hiperactividad bronquial      Artritis
- Alteraciones del crecimiento y desarrollo      Acropaquias      Dermatitis
- Diabetes relacionada con la FQ      Vasculitis leucocitoclástica (inmunocomplejos)
- Osteoartropatía pulmonar hipertrófica      Hipoproteinemia.      Edemas.      Anemia
- Manifestaciones renales      Trastornos de la coagulación

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Persona que realiza el informe:

Firma: \_\_\_\_\_