

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos

Fecha de Nacimiento

Población

Sexo

Provincia

Raza

Teléfono

2. DATOS DEL MÉDICO

Nombre y Apellidos

Hospital

Provincia

E-mail

Servicio

Teléfono

3. ANTECEDENTES PERSONALES:

- | | | | |
|-------------------------------------|----|----|----------------|
| A. HTA: | Si | No | |
| B. DM: | Si | No | |
| C. Enfermedad renal previa | Si | No | . Especificar: |
| D. Enfermedades autoinmunes: | Si | No | . Especificar: |
| E. Enfermedad tumoral: | Si | No | . Especificar: |
| F. Antecedentes familiares renales: | Si | No | . Especificar: |
| G. Fármacos asociados a MAT: | Si | No | . Especificar: |
| H. Embarazo o post-parto: : | Si | No | . Especificar: |
| I. Trasplante previo: | Si | No | . Especificar: |
| J. Otros: | | | |

4. DATOS DEL EPISODIO (1º EPISODIO):

Fecha del episodio:

Fecha de remisión:

4.1. Datos clínicos:

- A. HTA (TA > 140/90): Si No
- B. Pródromos. Especificar:
- C. Proceso infeccioso/Desencadenantes. Especificar:
- D. Manifestaciones clínicas:
- Sistémicas: (GI, diarrea)
 - Renales: (forma de presentación y necesidad de diálisis)
 - Neurológicas: (cefalea, coma, convulsiones, déficits focales, otras)
 - Estudio oftalmológico (fondo de ojo)
 - Otras:
- E. Complicaciones durante el seguimiento: Si No . Especificar:
- F. Biopsia renal: Si No . Especificar:
- G. Comentarios:

5. LABORATORIO:

- A. Estudio de autoinmunidad:
- B. Serologías virales (VHC, VHB, VIH):
- C. Sedimento urinario:
- D. Actividad ADAMST 13:

E. Test de Coombs directo:

F. Microbiología (coprocultivo)

G. Estudio genético del complemento: Si No

H. Otros:

6. TRATAMIENTO (Especificar dosis (mg/kg/día) y fechas (de inicio y fin))

A. Tratamiento renal sustitutivo: Si No . Especificar:

B. No Inmunosupresor: Si No . Especificar:

C. Inmunosupresor: Si No . Especificar:

D. Eculizumab: Si No . Especificar:

E. Plasmaféresis: Si No . Especificar:

F. Complicaciones: Si No . Especificar:

G. Otros:

7. RECURRENCIAS: Si No . Numero de episodios:

A. Fechas:

B. Manifestaciones clínicas:

C. Tratamiento renal sustitutivo: Si No . Especificar:

D. Tratamiento específico para SHU-a: Si No . Especificar:

E. Comentarios:

8. DATOS DEL EPISODIO TRATADO CON ECULIZUMAB:

Fecha del episodio:

Fecha de remisión:

Datos clínicos:

- A. HTA (TA > 140/90): Si No
- B. Pródromos. Especificar:
- C. Proceso infeccioso/Desencadenantes. Especificar:
- D. Manifestaciones clínicas:
- Sistémicas: (GI, diarrea)
 - Renales: (forma de presentación y necesidad de diálisis)
 - Neurológicas: (cefalea, coma, convulsiones, déficits focales, otras)
 - Estudio oftalmológico (fondo de ojo)
 - Otras:
- E. Complicaciones durante el seguimiento: Si No . Especificar:
- F. Coincide con el debut de SHUa: Si No
- G. Recurrencias previas: Si No . Numero y tratamiento recibido:
- H. Biopsia renal: Si No . Especificar:
- I. Comentarios:

9. LABORATORIO:

- A. Estudio de autoinmunidad:
- B. Serologías virales (VHC, VHB, VIH):
- C. Sedimento urinario:
- D. Actividad ADAMST 13:

E. Test de Coombs directo:

F. Microbiología (coprocultivo)

G. Estudio genético del complemento: Si No

I. Otros:

10. TRATAMIENTO (Especificar dosis (mg/kg/día) y fechas (de inicio y fin))

A. Tratamiento renal sustitutivo: Si No . Especificar:

B. No Inmunosupresor: Si No . Especificar:

C. Inmunosupresor: Si No . Especificar:

D. Eculizumab: Si No . Especificar:

E. Plasmaféresis: Si No . Especificar:

F. Complicaciones: Si No . Especificar:

G. Comentarios:

11. TRATAMIENTO CON ECULIZUMAB

A. Status del paciente: Debut Recurrencia Post-trasplante

B. Fecha de inicio:

C. Dosis y periodicidad:

D. Vacunación previa Si No . Especificar:

E. Profilaxis antibiótica Si No . Especificar:

F. Complicaciones del tratamiento Si No . Especificar:

G. Discontinuación del tratamiento: Si No . Fecha:

H. Motivo de la discontinuación:

I. Comentarios:

12. TRASPLANTE (rellenar si trasplante):

- A. Número de trasplante recibidos (si más de un TR, especificar tipo de TR, duración del injerto funcionante y causa de pérdida):
- B. Fecha de trasplante (último):
- C. Tipo de trasplante: Vivo emparentado Vivo no emparentado Muerte encefálica Asistolia Combinado
- D. Inmunosupresión de inducción y mantenimiento:
- E. Tratamiento profiláctico de SHUa: Si No . Especificar:
- F. Retraso en la función del injerto: Si No
- G. Recurrencia post-TR: Si No . Especificar:
- H. Rechazo: Si No . Especificar:
- I. Biopsia del injerto: Si No . Especificar:
- J. Situación actual del trasplante/Complicaciones: Especificar:

13. DATOS AL FINAL DEL SEGUIMIENTO:

- A. Fecha último seguimiento:
- B. Éxito: Si No . Fecha y causa:
- C. Tratamiento renal sustitutivo crónico: Si No . Tipo de TRS:
- D. Tratamiento con eculizumab: Si No . Dosis/periodicidad:
- E. Biopsia renal post-remisión: Si No . Especificar:
- F. Comentarios:

	Inicio del Episodio (Debut)			Inicio del Episodio Eculizumab				Final seguimiento
Crs (mg/dL)								
ACI-Cr y FG por MDRD-4(ml/min)								
Hemoglobina (g/dl)/hematocrito (%)								
Proteinuria (gr/día)								
Plaquetas (x100000/ml)								
Haptoglobina (g/dl)								
LDH (IU/L)								
C3/C4 (mg/dl) / CH50								
Esquistocitos								

COMENTARIOS: