Número de paciente:

**1. DATOS PACIENTE**

APELLIDOS, NOMBRE: NHC:

FECHA NACIMIENTO: SEXO: PESO (Kg):

HOSPITAL:

**2. MOMENTO DEL DIAGNOSTICO**

Nº DE EPISODIO PTT: FECHA DIAGNÓSTICO:

FECHA INGRESO: FECHA ALTA:

PTT SECUNDARIA (SI/NO): CAUSA PTT SECUNDARIA:

**3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

GESTACIÓN (SI/NO):

FIEBRE (SI/NO):

ALTERACIONES NEUROLÓGICAS (SI/NO):

DIÁTESIS HEMORRÁGICA (SI/NO):

**4. DATOS DE LABORATORIO**

LEUCOCITOS (x109/L): PLAQUETAS (x109/L):

Hb (g/L): Ht (%):

RETICULOCITOS (x109/L): HAPTOGLOBINA (mg/dL):

LDH (U/L): BILIRRUBINA (mg/dL):

CREATININA (mg/dL): UREA (mg/dL):

TROPONINA:

ACTIVIDAD ADAMTS13: IgG anti-ADAMTS13:

**5. DATOS DE TRATAMIENTO**

INFUSIÓN PLASMA (SI/NO): TIPO DE PLASMA:

DOSIS PLASMA:

TRANSFUSIÓN CH: Nº CH:

TRANSFUSIÓN PLAQUETAS: Nº POOL:

CORTICOIDES (SI/NO): TIPO CORTICOIDES:

DOSIS CORTICOIDES: DÍAS CORTICOIDES:

DÍAS ENTRE DIAGNÓSTICO Y PRIMER RECAMBIO PLASMÁTICO:

FECHA PRIMERA RP: FECHA ÚLTIMA RP:

Nº RP: TIPO PLASMA DEL RP:

RESPUESTA A RP (SI/NO): *plaquetas de >150.000 durante dos días*

FECHA RESPUESTA:

REFRACTARIEDAD INICIAL: *no dulpicación de plaquetas al 5º día de haber iniciado los recambios plasmáticos o no mejoría de alguno de los órganos afectados*

RETRASO EN ALCANZAR LA RESPUESTA:

*- aparición de ≥ 2 exacerbaciones y/o*

*- cifra de plaquetas < 100x10e9/L después de 14 días de tratamiento, con o sin exacerbación previa y/o*

*- cifra de plaquetas < 150x10e9/L después de 21 días de tratamiento, con o sin exacerbación previa*

MALA RESPUESTA: *pacientes que, a juicio clínico, no están respondiendo de forma satisfactoria (justificar la razón)*

EXACERBACIÓN: *descenso por debajo de 100.000 plaquetas durante 2 días una vez conseguida una respuesta inicial*

FECHA EXACERBACIÓN:

**6. RITUXIMAB**

RITUXIMAB (SI/NO): DOSIS DE RITUXIMAB:

FECHA INICIO RITUXIMAB:

RESPUESTA A RITUXIMAB (SI/NO): FECHA RESPUESTA A RITUXIMAB:

Nº RP PRE-RITUXIMAB: Nº RP POST-RIUXIMAB:

**7. OTROS TRATAMIENTOS**

TIPO DE TRATAMIENTO: *vincristina, esplenectomía, etc*

DOSIS DE TRATAMIENTO:

FECHA INICIO TRATAMIENTO: FECHA FIN TRATAMIENTO:

RESPUESTA (SI/NO): FECHA DE RESPUESTA:

Nº RP PRE-TRATAMIENTO: Nº RP POST-TRATAMIENTO:

TIPO DE TRATAMIENTO: *vincristina, esplenectomía, etc*

DOSIS DE TRATAMIENTO:

FECHA INICIO TRATAMIENTO: FECHA FIN TRATAMIENTO:

RESPUESTA (SI/NO): FECHA DE RESPUESTA:

Nº RP PRE-TRATAMIENTO: Nº RP POST-TRATAMIENTO:

TIPO DE TRATAMIENTO: *vincristina, esplenectomía, etc*

DOSIS DE TRATAMIENTO:

FECHA INICIO TRATAMIENTO: FECHA FIN TRATAMIENTO:

RESPUESTA (SI/NO): FECHA DE RESPUESTA:

Nº RP PRE-TRATAMIENTO: Nº RP POST-TRATAMIENTO:

**8. EVOLUCIÓN**

INFECCIÓN DURANTE EL INGRESO: FOCO INFECCIÓN:

ESTADO ACTUAL (VIVO/MUERTO/PERDIDO):

FECHA ÉXITUS: CAUSA ÉXITUS:

FECHA ÚLTIMA VISITA: