

DOCUMENTO PARA LA TRANSFERENCIA

Documento a cumplimentar por el especialista que atiende el paciente adolescente y a compartir con el servicio de atención adulta, previo a la transferencia efectiva.

Fecha

Datos del paciente

Se ha programado cita con el/la paciente en el servicio de atención adulta

Sí No

Se ha informado a farmacia hospitalaria del alta/baja en el registro de dispensación del biológico

Sí No No aplica

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

TRATAMIENTO

Tratamiento de mantenimiento actual	Anotar		
Tratamiento biológico Sí ¿Cuál?..... No			
Nivel de adhesión al tratamiento	Adecuado	No adecuado	→ Errático → Deliberado → Inconsciente
Histórico de tratamiento (tratamientos previos)	Anotar y especificar motivo de retirada		

CONTROL DEL ASMA

Número de exacerbaciones en los últimos 12 meses		Grado de control del asma (especificar test y resultados)
Número de visitas a urgencias en los últimos 12 meses		
Número de ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses		
Número/ciclos de corticoides orales en los últimos 12 meses		

FUNCIÓN PULMONAR

		Pre	Fecha	Post	Fecha
Últimos 12 meses	FEV ₁				
	Z Score				
	FVC				
Mejor función pulmonar	FEV ₁				
	Z Score				

MARCADORES

	En los últimos 12 meses	Mayor valor alcanzado	Exposición al humo del tabaco Sí No
Fracción exhalada de óxido nítrico (FE _{No})			
Eosinofilia en sangre periférica			
IgE sérica			

COMORBILIDADES

☐ Alergia alimentaria	☐ Obesidad	☐ Reflujo gastroesofágico
☐ Dermatitis atópica	☐ Rinitis alérgica	☐ Síndrome de apnea-hipopnea del sueño
☐ Esofagitis eosinofílica	☐ Rinosinusitis crónica	☐ Otras

OBSERVACIONES