

Anexo I

FOLLA REXISTRO DE PACIENTES A TRATAMENTO CON INHIBIDORES C5 DO COMPLEMENTO**Datos persoais do paciente (ETIQUETA IDENTIFICATIVA)**

Nome e apelidos:

Data de nacemento:

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Nº Hª Clínica :

CIP:

Datos do tratamento solicitado:**Medicamento:**

Data de inicio:

Dose e pauta posolóxica:

1. Motivo de inicio: **SHUa**☐**Paciente con primeiro episodio de SHUa**☐**Paciente xa diagnosticado de SHUa que presenten un novo episodio**☐**Pacientes candidatos a transplante renal con alto risco de recidiva**

Datos complementarios:

Terapia plasmática previa: ☐ SI ☐ NO

Motivo de retirada/ Non utilización:

2. Motivo de inicio: **HPN**☐**Requirimento transfusional regular debido a hemólise**☐**Anemia hemolítica intravascular crónica grave** definida por anemia e LDH>1,5 LSN, xunto con síntomas clínicos indicativos dunha alta actividade da enfermidade.☐**Trombose atribuíble a HPN**☐**Insuficiencia renal crónica atribuíble a HPN, ou episodios repetidos de insuficiencia renal aguda**☐**Hipertensión pulmonar atribuíble a HPN**☐**Afectación do músculo liso con síntomas invalidantes atribuíble a HPN**☐**Embarazo****Datos do facultativo solicitante:**

Nome a apelidos:

Servizo Clínico:

Hospital:

Sinatura

CONFORMIDADE E AUTORIZACIÓN DO CENTRO

Data:

Selo e sinatura do responsable do centro

Nome e apelidos: