



CUESTIONARIO DE SOLICITUD DE ESKETAMINA

Nombre y apellidos:

Edad:

NHC:

Diagnóstico (CIE-10):

1. FACTORES QUE CONTRAINDICAN LA PRESCRIPCIÓN DE ESKETAMINA:

Hipersensibilidad a esketamina, ketamina o a alguno de sus excipientes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ausencia de respuesta a esketamina en pulverización nasal o a ketamina intravenosa en el episodio depresivo mayor actual	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pacientes en quienes el aumento de la presión arterial o de la presión intracraneal suponga un riesgo grave (vasculopatía aneurismática, antecedentes de hemorragia intracerebral, o cualquier episodio cardiovascular en las 6 semanas previas)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
El paciente no es capaz de autoadministrarse correctamente la medicación intranasal	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Mujeres embarazadas o mujeres en edad fértil que no empleen un método anticonceptivo eficaz	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Insuficiencia hepática de clase C de Child-Pugh (grave)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

2. FACTORES QUE REQUIEREN SEGUIMIENTO ADICIONAL:

Paciente con ideación/pensamientos suicidas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Paciente con deterioro neuropsiquiátrico y/o motor	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pacientes cuya presión arterial antes de administrar la dosis se considere elevada (en < 65 años: > 140/90 mmHg; en ≥ 65 años: > 150/90 mmHg)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pacientes con enfermedades cardiovasculares o respiratorias clínicamente significativas o inestables: <ul style="list-style-type: none">• Insuficiencia pulmonar significativa (incluida la EPOC)• Apnea del sueño con obesidad mórbida (IMC ≥ 35)• Pacientes con bradi o taquiarritmias no controladas que causan inestabilidad hemodinámica• Pacientes con antecedentes de infarto de miocardio• Cardiopatía valvular o insuficiencia cardíaca hemodinámicamente significativas (clase III-IV de la NYHA)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Presencia o antecedentes de psicosis, manía o trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Hipertiroidismo no tratado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Antecedentes de lesión cerebral, encefalopatía hipertensiva, terapia intratecal con derivaciones ventriculares o cualquier otra condición asociada con el aumento de la presión intracraneal	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Pacientes ≥ 65 años	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

3. COMORBILIDADES ASOCIADAS:

--



CUESTIONARIO DE SOLICITUD DE ESKETAMINA

4. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS REALIZADAS:

1ª ESTRATEGIA TERAPÉUTICA:

Fecha inicio: ____/____/____/

Fecha fin: ____/____/____/

Motivo de la suspensión:

2ª ESTRATEGIA TERAPÉUTICA:

Fecha inicio: ____/____/____/

Fecha fin: ____/____/____/

Motivo de la suspensión:

3ª ESTRATEGIA TERAPÉUTICA:

Fecha inicio: ____/____/____/

Fecha fin: ____/____/____/

Motivo de la suspensión:

SUCESIVAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS (si las hay, con fechas de inicio y fin y motivo de suspensión):

Médico solicitante:

Jefe Servicio Psiquiatría:

Firma:

V.º B.º

Fecha: ____/____/____/

Remitir junto al informe clínico correspondiente a la Dirección Asistencial del Área.