

Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de PSORIASIS SEVERA.

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

MEDICO DERMATOLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

Psoriasis severa

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

Forma clínica:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Psoriasis en placa | <input type="checkbox"/> Psoriasis palmas y plantas |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis eritodérmica | <input type="checkbox"/> Psoriasis cuero cabelludo |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis pustulosa generalizada | <input type="checkbox"/> Otras.Cuál? _____ |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis pustulosa localizada | |

SITUACIÓN CLÍNICA

Severidad de la psoriasis:

PASI (Índice de gravedad de área de psoriasis): ___ __, ___

Superficie corporal afectada: ___ __ __ % DLQI (Índice de calidad de vida en dermatología): ___ __

Internaciones en los últimos 6 meses: No Si N° de días: ___ __ __

Inmunizaciones:

Vacuna antigripal: No Si Fecha: ___/___/___

Vacuna antineumocócica 23 valente: No Si

Vacuna antineumocócica conjugada 13 valente: No Si

Vacuna antihepatitis B: No Si

Vacuna antiHPV(si corresponde): No Si

PARACLÍNICA

Hemograma: Normal Leucopenia Plaquetopenia Anemia Otro resultado patológico

Funcional y enzimograma hepático: Normal Patológico
Alteración de enzimas vinculadas al tratamiento? No Si

Glicemia: Normal Patológico

PPD: No Si Resultado: Positivo Negativo Indeterminado

Booster: No Si Resultado: Positivo Negativo Indeterminado

IGRA (Quantiferón): No Si Resultado: Positivo Negativo Indeterminado

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES No Si

- Cardiopatía isquémica
- Insuficiencia cardíaca
- Otros Esp. _____

RESPIRATORIOS No Si

- Asma Fibrosis Pulmonar
- EPOC Otros Esp. _____

DIGESTIVOS No Si

- Enfermedad celíaca Enfermedad inflamatoria
- Hepatopatía crónica Otros Esp. _____

PSIQUIATRICOS No Si

- Depresión Otros. Esp. _____

ENDOCRINO-METABÓLICOS No Si

- Diabetes Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo Dislipemia
- Otros. Esp. _____

NEFROUROLÓGICOS No Si

- Insuficiencia renal Diálisis
- Otros Esp. _____

ANTECEDENTES FAMILIARES DE PSORIASIS No Si

Especificar: _____

HEMATOLÓGICOS No Si

Cuál? _____

ENFERMEDAD NEOPLÁSICA No Si

- Piel
- Otros Esp. _____

ENFERMEDADES AUTOINMUNES No Si

Especifique: _____

INFECCIONES No Si

- VIH Hepatitis B
- Hepatitis C Tuberculosis
- Otros Esp. _____

NEUROLÓGICOS No Si

- Demencia
- Enfermedad desmielinizante
- Otros Esp. _____

OTROS No Si

- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Consumo problemático de drogas
- Otros. Esp. _____

TRATAMIENTO PROPUESTO:

- Adalimumab Dosis total trimestre (inducción + mantenimiento): ___ ___ ___ mg

Consideraciones que juzgue relevantes: