

Formulario de Solicitud de DOSIS posterior y SEGUIMIENTO trimestral para el Tratamiento de la DERMATITIS ATÓPICA moderada a severa

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

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

MEDICO DERMATÓLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DATOS DEL TRATAMIENTO: Fecha del último control: ___/___/___

SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO: NO SI Fecha: ___/___/___

Motivo: Intolerancia Eventos adversos Abandono Falta de respuesta
 Otro. Especifique _____

TOLERANCIA AL TRATAMIENTO

Efectos adversos NO SI

Acné Rinitis/Faringitis Infección respiratoria
 Herpes oral Aumento de creatininemia Aumento de CPK
 Cefalea Infecciones oportunistas Otros. Especifique: _____

PARACLINICA Fecha: ___/___/___

Hemograma:

Hb ___ , ___ g/dl. Glóbulos blancos: ___ , ___ mil/mm³

Neutrófilos ___ , ___ mil/mm³ Plaquetas ___ mil/mm³

Hepatograma:

TGO _____ U/L TGP _____ U/L GGT _____ U/L

RESPUESTA AL TRATAMIENTO

EASI actual ___ , ___ Fecha: ___/___/___

DLQI actual ___ Fecha: ___/___/___

CAMBIO DE DOSIS: NO SI

Motivo de ajuste de dosis: Intolerancia Toxicidad
 Falta de respuesta Descenso de dosis por respuesta adecuada
 Otro. Especificar _____

TRATAMIENTO PROPUESTO: Dosis diaria de Upadacitinib: ___ mg

Consideraciones que juzgue relevantes: