

## Formulario de solicitud de INICIO de 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 DERMATOLÓGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO

Dermatitis atópica severa       Dermatitis atópica moderada

Fecha del diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### SITUACIÓN CLÍNICA

#### Severidad de la Dermatitis Atópica:

EASI (Área de eccema e índice de gravedad): \_\_ \_\_, \_\_ \_\_      Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

DLQI (Índice de calidad de vida en dermatología): \_\_ \_\_      Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### TRATAMIENTO PREVIO

No       Si

	Fecha de inicio	Fecha de finalización
Metotrexate		
Ciclosporina		
Micofenolato		
Azatioprina		
Corticoides sistémicos		
Otro. Cuál? _____		

### RESPUESTA AL TRATAMIENTO PREVIO

- Falla terapéutica  
 Intolerancia  
 Otra situación. Cuál? \_\_\_\_\_

### PARACLÍNICA

#### Hemograma:

Hb \_\_ \_\_, \_\_ \_\_ g/dl.

Glóbulos blancos: \_\_ \_\_, \_\_ \_\_ mil/mm<sup>3</sup>

Neutrófilos \_\_ \_\_, \_\_ \_\_ mil/mm<sup>3</sup>

Plaquetas \_\_ \_\_ mil/mm<sup>3</sup>

#### Hepatograma:

TGO \_\_\_\_\_ U/L

TGP \_\_\_\_\_ U/L

GGT \_\_\_\_\_ U/L

PPD:  No  Si Resultado:  Positivo  Negativo

Booster:  No  Si Resultado:  Positivo  Negativo

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. \_\_\_\_\_

**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. \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES DE ATOPIA**  No  Si

Especificar: \_\_\_\_\_

## **DATOS PARA EL TRATAMIENTO SOLICITADO:**

Peso (Kg): \_\_\_\_

Upadacitinib Dosis \_\_\_\_ mg

**Consideraciones que juzgue relevantes:**