

Fecha actual: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ARTRITIS PSORIÁSICA / PSORIASIS

Este formulario debe ser actualizado obligatoriamente cada 6 meses.

Apellido y Nombre del Asociado: _____

Nro. De documento: _____

Edad: _____ Sexo: F ☐ M ☐ X ☐ Peso: _____ Talla: _____

Categoría (Asociado Titular/familiar): _____

Fecha de inicio de tratamiento actual: _____

Diagnóstico principal: _____

DIAGNÓSTICO PSORIASIS DERMATOLÓGICA:

Clínico: _____ Biopsia: _____ Fecha: _____

Tratamiento: _____

DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS PSORIÁSICA:

Fecha: _____

Criterios utilizados para el diagnóstico:

Clasificación CASPAR puntaje total:

Criterio Radiológico:

Valores de laboratorio de inicio de tratamiento con agentes biológicos:

Valor del resultado SCORE DAS28:

TRATAMIENTO DE INICIO:

Droga/dosis:

Tiempo de tratamiento:

CAMBIO DE TRATAMIENTO / FRACASO:

Droga/dosis:

Valores de laboratorio actual:

Estado actual de la enfermedad:

Estudios complementarios para el diagnóstico:

ADJUNTAR LOS INFORMES DE BIOPSIA CUTÁNEA, LABORATORIO INMUNOLÓGICO (1° LABORATORIO PREVIO AL INICIO DEL TRATAMIENTO QUE CONTENGA VALORES DE ANTICUERPOS, PCR, ERITROSEDIMENTACIÓN Y VALOR POSITIVO DE ARTRITIS), RESPUESTA A TERAPIAS PREVIAS, SCORE DAS 28 Y LAB. ACTUALIZADO E INFORMES DE ESTUDIO DE DIAGNÓSTICO.

LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA SIGUIENTE SOLICITUD TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, LA FALSEDAD DE LOS MISMOS PODRÁ DAR LUGAR A LO QUE A DERECHO CORRESPONDA.

Firma y sello del médico tratante.

EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Disease Activity Score - DAS 28

Apellido y Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____ Edad: _____ HC: _____

DOLOR

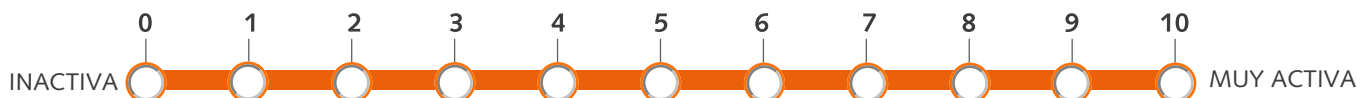


1. Número de articulaciones dolorosas _____

2. Número de articulaciones inflamadas _____

3. Eritrosedimentación en mm/h _____ o Prot. C Reactiva _____

4. Evaluación de la actividad de la enfermedad por el paciente



5. Número de articulaciones dolorosas



Firma y sello del médico tratante.

PASI (Psoriasis Area and Severity Index)

Por favor, marcar con una X el número que corresponda

0 = nada 1 = leve 2 = moderado 3 = severo 4 = muy severo

Severidad de las lesiones psoriásicas

		Cabeza	Tronco	Brazos	Piernas
1	Eritema	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
2	Induración	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
3	Escamas	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
4	Suma 1+2+3				

Extensión de las lesiones psoriásicas

5	Afectación	0 = nada 4 = 50-70%	1 = menos 10% 5 = 70-90%	2 = 10-30% 6 = 90-100%	3 = 30-50%
6	Anotación				
7	Fila 4 x fila 6				
8		x 0,10	x 0,30	x 0,20	x 0,40
9	Fila 7 x fila 8				

PASI-SCORE	(Suma de todas las filas 9)
------------	-----------------------------

FICHA DE PACIENTE

Apellido y Nombre del Paciente: _____

Fecha actual: _____ Fecha de diagnóstico: _____

TRATAMIENTO ESPECÍFICO		
FAME	FECHA DE INICIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
1. CONVENCIONALES:		
Metotrexato		
Hidroxicloroquina		
Sulfasalacina		
Mesalazina		
Leflunomida		
Ciclosporina		
Azatioprina		
Ciclofosfamida		
2. SINTÉTICOS ESPECÍFICOS:		
Baricitinib		
Tofacitinib		
Upadacitinib		
Apremilast		
Deucravacitinib		
3. BIOLÓGICOS:		
Abatacept		
Adalimumab		
Certolizumab		
Etanercept		
Golimumab		
Infliximab		
Rituximab		
Tocilizumab		
Sarilumab		
Secukinumab		
Guselkumab		
Risankizumab		
Vedolizumab		
Ixekizumab		

Firma y sello del médico tratante. _____

PROTOCOLO DE CONSUMO MENSUAL

Este formulario debe ser completado en su totalidad con letra clara y legible, sin omitir ningún campo. Debe ser actualizado obligatoriamente en caso de modificar droga/dosis del tratamiento.

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre _____

DNI _____ Teléfono _____ Email _____

Edad _____ Peso _____ Altura (m) _____ Talla _____ Superficie corporal (m2) _____

Diagnóstico _____

Inicio del tratamiento _____

Ciclos estimados _____ Ciclos realizados _____

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y Nombre _____

Teléfono _____ Email _____

DROGAS SOLICITADAS

Adjuntar además la prescripción en el recetario del médico solicitando las drogas por su denominación común internacional –DCI- o nombre genérico; presentación y cantidad requerida para cada ciclo.

Drogas ¹	Dosis	Dosis diaria (mg) ²	Dosis mensual	Dosis Total (mg)	Días de duración de la medicación	Cantidad de días del ciclo

¹ INDICAR NOMBRE GENÉRICO DEL PRINCIPIO ACTIVO.

² DE SOLICITAR DOS O MÁS PRESENTACIONES COMERCIALES DE UNA MISMA DROGA, DETALLAR EL CONSUMO DIARIO POR CADA PRESENTACIÓN

Fecha de emisión: _____

Firma y sello del médico tratante.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y apellido del asociado: _____

Número de DNI del asociado: _____

Diagnóstico: _____

Droga: _____

DECLARACIÓN DEL ASOCIADO:

1.- Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento/tratamiento. He tenido la posibilidad de realizar todas las preguntas necesarias y se me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento/tratamiento va a consistir en lo siguiente (en lenguaje sencillo):

Y que los posibles riesgos más importantes son: _____

Y que será realizado por el (los) doctor (es): _____

2.- Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento/tratamiento descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo llevan a cabo.

3.- Entiendo que, de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución. También habiendo prestado mi consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento sin que esto afecte mis derechos como paciente.

Firma del asociado

Lugar y Fecha:

He informado al paciente del propósito/tratamiento y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan. Nombre y Apellido del profesional/es actuante/s: _____

Firma, sello y matrícula

Lugar y Fecha:

EN CASO DE IMPOSIBILIDAD DE FIRMA DEL PACIENTE:

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

Apellido y Nombre		DNI
Parentesco		Fecha
Lugar		
TESTIGO		
Apellido y Nombre		DNI
Parentesco		Fecha
Lugar		

Firma de tutor legal o fiar.

Firma de testigo