

## PLANILLA PSORIASIS

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: Fem Masc

Obra Social: \_\_\_\_\_ TITULAR GRUPO FAMILIAR

## DIAGNOSTICO PRINCIPAL

Psoarisis en Placas: SI NO y/o Artritis Psoriásica: SI NO

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad al diagnóstico: \_\_\_\_\_

Antecedentes de enfermedad actual:

Estudios que permitieron hacer diagnóstico de certeza. (Adjuntar copia de informe):

Antecedentes familiares de psoriasis: NO SI \_\_\_\_\_

Biopsia de Piel: NO SI Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

Laboratorio Inmunológico. Fecha. Principales resultados. Adjuntar Informe:

Estudios por imágenes que respaldan compromiso articular: NO SI

Adjuntar informe



## PLANILLA PSORIASIS

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### TRATAMIENTO: previos y en curso. Completar (sin excepción)

FAME	Fecha Inicio	Fecha y Motivo de Suspensión
<b>1. Convencionales:</b>		
Metrotrexato		
Sulfasalazina		
Leflunomida		
<b>2. FAME Moléculas pequeñas:</b>		
Apremilast		
<b>3. FAME inhibidores de FNT-alfa:</b>		
Adalimumab		
Certolizumab pegol		
Etanercept		
Golimumab		
Infliximab		
<b>4. FAME inhibidores de las IL</b>		
Secukinumab		
Ixekizumab		
Ustekinumab		
Guselkumab		

Detallar y documentar el fracaso a terapia convencional previa:

### TRATAMIENTO ACTUAL SOLICITADO:

INICIO      CAMBIO DE TRATAMIENTO      CONTINUIDAD.

En caso de inicio de terapia biológica marcar sí realizó los siguientes estudios y aportar copia de informe respectivo (sin excepciones): PPD      Rx tórax      Serologías para:

Hepatitis B      Hepatitis C      HIV      Chagas

Detallar: droga genérica/dosis/mes.

## PLANILLA PSORIASIS

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Propuesta terapéutica actual completa: tipo de respuesta esperada, fecha de evaluación y método complementario para objetivar respuesta. Tiempo previsto de tratamiento:

Efectos adversos a terapia biológica: NO SI

Neutropenia Infecciones Bacterianas Reacción alérgica Hepatotoxicidad

Toxicidad pulmonar Otros: \_\_\_\_\_

Justificación médica del inicio, cambio o continuidad de terapia biológica:

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma y sello del Médico: \_\_\_\_\_

Cel/mail contacto: \_\_\_\_\_

Solo cuando el presente se acompañe de copia de los informes detallados y de consentimiento informado anual, se podrá dar curso a la evaluación del tratamiento.

La presenta se actualiza cada 6 (seis) meses y/o ante cambios de tratamiento.

## PLANILLA PSORIASIS

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

El abajo firmante, Sr./Sra \_\_\_\_\_  
 con DNI/LE/LC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, dice que:

1°. Entiende los alcances del tratamiento de (nombre de la patología que presenta)

con (droga genérica que se prescribe)

2°. Ha recibido información sobre los beneficios y los potenciales riesgos asociados al uso de este/os medicamento/s y ha recibido instrucciones y aclaraciones por parte del médico de toda cuestión técnica de tal forma que, los alcances del tratamiento y su objetivo, le resultan claramente comprensibles.

3°. Ha sido informado sobre la forma de administración, la cantidad y frecuencia con que el medicamento debe ser administrado.

4°. Se ha notificado que deberá realizar controles periódicos con el especialista, así como estudios complementarios para evaluar los resultados del tratamiento.

5°. Ha sido informado que deberá contactar inmediatamente al médico en caso de un evento adverso o de cualquier signo que pudiera indicar el curso de un brote de la enfermedad.

6°. Se ha notificado que la firma del presente consentimiento resulta indispensable para cumplimentar los requisitos exigidos por la normativa aplicable.

7°. Ha sido informado de la importancia de realizar el tratamiento sin interrupciones, salvo que la misma fuera indicada por un profesional.

Se firma el presente en \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

**PACIENTE (o Representante Legal)**

**MEDICO**

\_\_\_\_\_  
 Firma y aclaración

\_\_\_\_\_  
 Firma

\_\_\_\_\_  
 Número de Documento

\_\_\_\_\_  
 Sello