

PROTOCOLO DE PSORIASIS EN PLACAS

RESOLUCIÓN 1056/2019 SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Fecha:/...../.....

Datos personales

Apellido y Nombre:

Mail: Tel: Cel:

DNI: Edad:

Diagnóstico CIE 10

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Código	Descripción

Fundamento Diagnóstico

Realizó anatomía Patológica? _____

En caso afirmativo, indique resultado: _____

En caso negativo, especifique como se arriba al diagnóstico:

Detalle clínica de las lesiones, distrofia ungueal, historia familiar positiva, etc.

Tratamiento Indicado

Tratamiento Monodrogas Utilizadas / Dosis

1) Monodroga: _____ Fecha de Inicio:...../...../..... Dosis: _____

2) Monodroga: _____ Fecha de Inicio:...../...../..... Dosis: _____

Tratamiento Específico

	Fecha de Inicio	Fecha Suspensión
1- FAME Convencionales		
A: Metrotrexato/...../...../...../.....
B: Sulfasalazina/...../...../...../.....
C: Leflunomida/...../...../...../.....
2-FAME Moléculas pequeñas:		
Apremilast/...../...../...../.....
3-FAME inhibidores del FNT-alfa:		
Adalimumab/...../...../...../.....
Certolizumab pegol/...../...../...../.....
Etanercept/...../...../...../.....
Infliximab/...../...../...../.....
4-FAME inhibidores de las Interleukinas		
Secukinumab/...../...../...../.....
Ixekizumab/...../...../...../.....
Ustekinumab/...../...../...../.....
Guselkumab/...../...../...../.....
Criterios de evaluación de actividad		
PASI 75	SI	NO
PASI 90	SI	NO
sPGA 0	SI	NO
sPGA 1	SI	NO
Progresión de la enfermedad	SI	NO
Efectos adversos de medicación		
1. Neutropenia	SI	NO
2. Reacción alérgica	SI	NO
3. Infecciones bacterianas	SI	NO
4. Hepatotoxicidad	SI	NO
5. Toxicidad pulmonar	SI	NO
6. Otro:	SI	NO

Médico Solicitante

Apellido y Nombre: _____ Matrícula nacional: N° _____

Mail: _____ Matrícula provincial: N° _____

Tel.: _____ Cel: _____ **Firma y Sello:**