

Tel.: 0800-345-6763

Web: www.osme.org.ar

Email: info@osme.org.ar



FICHA DE PACIENTES - PSORIASIS EN PLACAS

Nombre y Apellido: _____

Nro. De CUIL: _____ Nro. De Beneficiario: _____

Fecha de Diagnostico: ___ / ___ / ___

Tratamiento Específico:

Fecha de Inicio de Tratamiento: ___ / ___ / ___

FAME	Fecha de Inicio	Fecha de Suspensión
1-Convencionales		
A: Metrotrexato:		
B: Sulfasalazina		
C: Leflunomida		
2-FAME Moléculas pequeñas:		
Apremilast		
3-FAME inhibidores del FNT-alfa:		
Adalimumab		
Certolizumab pegol		
Etanercept		
Golimumab		
Infliximab		
4-FAME inhibidores de las Interleukinas:		
Secukinumab		
Ixekizumab		
Ustekinumab		
Ustekinumab		

Fecha Actual: ___ / ___ / ___

Criterios de evaluación de actividad

Criterio	NO	SI
PASI 70		
PASI 90		
sPGA 0		
sPGA 1		

Progresión de la enfermedad: NO / SI

Efectos adversos de medicación: NO / SI

En caso de SI marcar la o las que correspondan	
Neutropenia	
Reacción alérgica	
Infecciones bacterianas	
Hepatotoxicidad	
Toxicidad pulmonar	
Otro	

FIRMA Y SELLO MEDICO AUDITOR

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE