

Tel.: 0800-345-6763

Web: [www.osme.org.ar](http://www.osme.org.ar)

Email: [info@osme.org.ar](mailto: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
<b>1-Convencionales</b>		
A: Metrotrexato:		
B: Sulfasalazina		
C: Leflunomida		
<b>2-FAME Moléculas pequeñas:</b>		
Apremilast		
<b>3-FAME inhibidores del FNT-alfa:</b>		
Adalimumab		
Certolizumab pegol		
Etanercept		
Golimumab		
Infliximab		
<b>4-FAME inhibidores de las Interleukinas:</b>		
Secukinumab		
Ixekizumab		
Ustekinumab		
Ustekinumab		

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

Criterios de evaluación de actividad

Criterio	NO	SI
ACR 20*		
ACR 50		
ACR 70		
DAS 28-CRP		
DAS 28-ESR		

\*American College of Rheumatology Response / \*\*Disease Activity Score - Utilizando Proteína C Reactiva / \*\*\*Disease Activity Score - Utilizando Eritrosedimentación

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