



FICHA DE PACIENTES - ARTRITIS PSORIASICA

Fecha: ____ / ____ / ____			
NOMBRE Y APELLIDO:			
N° DE BENEFICIARIO:		DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO Y N°	
FECHA DE NACIMIENTO:		Edad:	SEXO: F/M <input type="checkbox"/>

Fecha de diagnóstico	
-----------------------------	--

Criterios Diagnósticos

Clasificación CASPAR: Puntaje total:	
---	--

Tratamiento Específico

Fecha de Inicio de Tratamiento: ____ / ____ / ____

FAME	Fecha de inicio	Fecha suspensión
1- Convencionales		
A: Metrotexato		
B: Sulfasalazina		
C: Leflunomida		
2- FAME Moléculas pequeñas:		
Tofacitinib		
Apremilast		
3- FAME inhibidores del FNT-alfa:		
Adalimumab		
Certolizumab pegol		
Etanercept		
Golimumab		



Infliximab		
4- FAME inhibidores de las Interleukinas		
Secukinumab		
Ixekinumab		
Ustekinumab		

Fecha actual: _____ / _____ / _____

Criterios de evaluación de actividad

	NO	SI
ACR*20		
ACR 50		
ACR 70		
DAS 28-CRP <2.6**		
DAS 28-ESR <2.6***		

* American College of Rheumatology Response

** Disease Activity Score – Utilizando Proteína C reactiva

*** Disease Activity Score – Utilizando Eritrosedimentación

Minimal disease Activity (MDA), NO / SI

Efectos adversos de medicación: NO / SI

En caso de SI marcar la O las que correspondan

1. Neutropenia
2. Reacción alérgica
3. Infecciones bacterianas
4. Hepatotoxicidad
5. Toxicidad pulmonar
6. Otro:

Firma y Sello Médico