



FICHA DE PACIENTES – PSORIASIS EN PLACA

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	
-----------------------------	--

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:		
Apremilast		
3- FAME inhibidores del FNT-alfa:		
Adalimumab		
Certolizumab pegol		
Etanercept		
Golimumab		
Infliximab		
4- FAME inhibidores de las Interleukinas		
Secukinumab		



Obra Social del Personal de Seguridad Comercial
Industrial e Investigaciones Privadas
Rnos 1-1970-8

Ixekizumab		
Ustekinumab		
Guselkumab		

Fecha actual: _____ / _____ / _____

Criterios de evaluación de actividad

	NO	SI
PASI 75		
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

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

Firma y Sello Médico