

**PROTOCOLO PARA APROBACIÓN DE TRATAMIENTO**

**PSORIASIS**

**POR FAVOR, COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA CLARA CON TINTA AZUL O NEGRA.**

EDAD:

AFILIADO:

FECHA DEL DIAGNOSTICO:

SEXO:

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (Incluir criterios diagnósticos):**

**JUSTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO:**

1.- Tiempo de Diagnóstico de psoriasis	
2.- Inflamación activa y/o daño estructural progresivo	
3.- Falla de tratamiento tópico: (detallar)	
4.-Compromiso articular:	
5.-Tipo de psoriasis/distribución:	
6.-Falla de tratamiento sistémico con un FAME en dosis adecuadas y por lo menos durante tres meses:	
7.- Evaluación de situaciones especiales o comorbilidades (detallar/adjuntar interconsultas)	

DETALLAR ZONAS CORPORALES AFECTADAS:

ESTUDIOS COMPLMENTARIOS RELEVANTES:

**Evaluación clínica y funcional:**

BSA (DATO OBLIGATORIO):

PASI (DATO OBLIGATORIO):

DLQI (DATO OBLIGATORIO):

**Chequeo Previo a la administración:**

HEMOGRAMA (DATO OBLIGATORIO):

HEPATOGRAMA (DATO OBLIGATORIO):

SEROLOGIA PARA HIV, VHB, VHC (DATO OBLIGATORIO):

RX TORAX (DATO OBLIGATORIO):

PPD (DATO OBLIGATORIO):

PROTEINOGRAMA

VACUNACIÓN CALENDARIO OFICIAL, ANTINEUMOCOCICA Y ANTIGRIPIAL:

EVALUAR PRSENCIA DE INFECCIONES DENTALES, SINUSAL, URINARIA:

VSG:

PCR:

CREATININA PLASMATICA (DATO OBLIGATORIO):

CLEARANCE DE CREATININA:

OTROS:



**TRATAMIENTO PROPUESTO**

DROGA:

DOSIS:

VIA DE ADMINISTRACIÓN:

FRECUENCIA:

TIEMPO ESTIMADO DE TRAT.:

RIESGO/BENEFICIO:

MEDICO TRATANTE:

FIRMA Y SELLO:

CONTACTO:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

FIRMA DEL AFILIADO:

ACLARACIÓN:

DNI: