

APELLIDO Y NOMBRE

DNI

PROTOCOLO PARA APROBACIÓN DE TRATAMIENTO

DERMATITIS ATÓPICA GRAVE

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

EDAD:

SEXO:

AFILIADO:

FECHA DEL DIAGNOSTICO:

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (Incluir criterios diagnósticos):

JUSTIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO:

1.- Tiempo de Diagnóstico:	
2.- Inflamación activa y/o daño estructural progresivo	
3.- Falla de tratamiento tópico: (detallar)	
4.- Tipo y distribución:	
5.- Falla de tratamiento sistémico con CICLOSPORINA U OTRO a dosis adecuadas.	
6.- Evaluación de situaciones especiales o comorbilidades (Oncología, hepatitis, inmunodef.)	

APELLIDO Y NOMBRE:

Evaluación clínica y funcional:

Datos Obligatorios al Inicio:

1. Edad \geq 18 años. SI: NO:
2. Eczema Area and Severity Index (EASI) =
3. Physician global assessment (PGA/IGA) =
4. Afectación mínima del área de superficie corporal (BSA)=
5. Candidatos a tratamiento sistémico:
6. Refractarios a medicación tópica:
7. Con experiencia previa de uso de ciclosporina: con respuesta insatisfactoria o, -cuando esté contraindicada.

TRATAMIENTO PROPUESTO

DROGA:

DOSIS:

VIA DE ADMINISTRACIÓN:

FRECUENCIA:

TIEMPO ESTIMADO DE TRAT.:

RIESGO/BENEFICIO:

MEDICO TRATANTE:

FIRMA Y SELLO:

CONTACTO:

APELLIDO Y NOMBRE:

Datos Obligatorios para continuidad en caso de uso de dupilumab:

Evaluación de la respuesta a la 16+2 semanas de inicio del tratamiento

• Fecha medición de las escalas:

- Puntuación EASI EASI-50: (SI/NO)

- Puntuación PGA/IGA (0-4) Reducción: ≥ 2 puntos (SI/NO)

• Fecha de inicio de tratamiento (primera administración):

• Suspensión definitiva del tratamiento: (SI/NO)

Causas de suspensión (Efectos adversos graves/Intolerancia/No respondedor)

Fecha de la última administración:

Tramos de suspensión (0-16/ 17-24/ 25-52):

Número de jeringas administradas hasta dicha fecha:

Observaciones: