PROTOCOLO PSORIASIS EN PLACA



VIGENCIA ABRIL 2023

Fecha:/ /							1 de 1	
DATOS PERSO		S						
Apellido y Nombr	e:							
DNI:		Edad:						
FUNDAMENTO	DIAG	NÓSTICO	(marcar co	n una X lo que d	correspo	nda)		
Fecha de diagnóstico:/								
□ Disamástica al	(n.i.n.a							
Diagnóstico cl		ián histons	stológico					
Biopsia con confirmación histopatológica.								
☐ Psoriasis en placa moderada. ☐ Psoriasis en placa severa.								
Psoriasis en pi	aca seve	era.						
TRATAMIENTO	OS PRE	VIOS REC	CIBIDOS					
Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación	Droga	Fecha	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación	
Metotrexato	IIIICIO	Suspension	Discontinuación	Infliximab	IIIICIO	Suspension	Discontinuacion	
Acitretina				Secukinumab				
Ciclosporina				Ustekinumab				
Retinoides				Guselkumab				
Adalimumab				Ixekizumab				
Apremilast				Risankizumab				
Certolizumab Pegol				Otro				
Etanercept				Otro				
RESUMEN DE I	HISTOI	RIA CI ÍNI	CA (debe de	etallar antecede	intes es	tado actu	al v estatus	
				ratamiento indic		tado acta	ar y estatas	
□ De evie	-il			Casua DACLin	: -: - :			
Psoriasis en placa moderada Score PASI inicio:								
Psoriasis en placa severa Score PASI actual:								
TRATAMIENTO	SOLI	CITADO						
Droga			Dosis	Frecuer	ncia	Fec	ha de inicio	
	Firma	y Sello:						
		-						

INSTRUCTIVO PSORIASIS EN PLACA



Estimado/a Afiliado/a: Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

INICIO

- Protocolo Psoriasis en Placa en original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Prescripción médica de la medicación en original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Estudios complementarios (biopsia de piel, informe de imágenes, laboratorio completo, laboratorio inmunológico).
- · Consentimiento informado.

PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo Psoriasis en Placa en original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Actualización de estudios.
- Consentimiento informado.

CAMBIO DE TRATAMIENTO O MODIFICACIÓN EN LA DOSIS.

- Protocolo Psoriasis en Placa en original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Prescripción médica de la medicación en original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Actualización de estudios.
- Consentimiento informado.

No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.

La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.

Nombre y Apellido o SIGLA:	Firma:
Mail de contacto:	Teléfonos de contacto:

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Fecha:/		
Nombre completo del pacie	ente o Sigla	
Nombre del Representante	Legal (menores de edad o inc	capaces)
procedimientos y/ o interve	enciones médicas asistenciales	o que suscribe ut supra, de los s que deberán de ser llevadas a e de forma resumida consiste en
DIAGNÓSTICO:		
TRATAMIENTO:		
MEDICACIÓN:		
inherentes al tratamiento a consentimiento, firmando el p	intes mencionado, y otorgo e	riesgos y efectos secundarios n forma libre y espontánea m de, en la
Firma del Médico Responsable	Aclaración	Tipo y N° de Matrícula
Firma del Paciente o Representante Legal	Aclaración / Sigla	D.N.I.