



INFORME PARA EVALUACIÓN SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE DERMATITIS ATÓPICA

EVALUACIÓN A LAS DIECISÉIS (16) SEMANAS DEL INICIO DEL TRATAMIENTO

EVALUACIÓN A LAS VEINTICUATRO (24) SEMANAS DEL INICIO DEL TRATAMIENTO

EVALUACIÓN A LAS CINCUENTA Y DOS (52) SEMANAS DEL INICIO DEL TRATAMIENTO

Marque la que corresponda

1. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE

Apellidos:

Nombre:

Nº ISFAS: 28/7

Fecha nacimiento:

2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL FACULTATIVO (1)

Apellidos:

Nombre:

Nº Colegiado:

Especialidad:

Correo electrónico:

Hospital/Centro:

Servicio/Unidad:

(1) La evaluación debe realizarse por médicos de la especialidad que corresponda a la patología que justifica la prescripción.

3. DATOS DEL DIAGNÓSTICO

MEDICAMENTO PRESCRITO:

Fecha INICIO del tratamiento:

ECZEMA AREA AND SEVERITY INDEX (EASI). Puntuación (0 – 72):

Puntos.

PHYSICIAN GLOBAL ASSESSMENT (PGA / IGA). Puntuación (0 – 4):

Puntos.

FECHA PROGRAMADA PARA PROXIMA REVISIÓN:

NOTA: Deberá emitirse informe, detallando la evolución y respuesta al tratamiento con el fármaco a las 16, 24 y 52 semanas de su inicio para mantener la continuidad de la prestación para el tratamiento.

Firma del especialista prescriptor

Fecha: _____