



INFORME PARA PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO INICIAL DE DERMATITIS ATÓPICA

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 indicación debe realizarse por médicos de la especialidad que corresponda a la patología que justifica la prescripción.

3. DATOS DEL DIAGNÓSTICO

Fecha de Diagnóstico de Dermatitis atópica grave:

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

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

AFECCIÓN MÍNIMA DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL (Porcentaje): %

Fecha de medición de las escalas:

FECHA PROGRAMADA PARA PROXIMA REVISIÓN:

4. TRATAMIENTOS PREVIOS

TRATAMIENTO PREVIO CON MEDICACIÓN TÓPICA: NO SI → Fecha última administración:

TRATAMIENTO PREVIO CON CICLOSPORINA: NO Motivo: SI. En caso de respuesta insatisfactoria o intolerancia → Fecha última administración:

OTROS TRATAMIENTOS:

5. INDICACIÓN E INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA (CUMPLIMENTACIÓN IMPRESCINDIBLE)

MEDICAMENTO PRESCRITO:

PACIENTE PROCEDENTE DE TRATAMIENTO EN ENSAYO CLÍNICO: NO SI

PACIENTE PROCEDENTE DE TRATAMIENTO EN USO COMPASIVO: NO SI

EL PACIENTE CUMPLE INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO NO SI

Pauta terapéutica y dosis):

NOTA: Posteriormente 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: _____