

FICHA DE PACIENTES – ARTRITIS PSORIASICA

Nombre y Apellido: _____

Nro. de CUIL: _____ Nro. de Beneficiario: _____

Fecha de diagnóstico: ____/____/____

Criterios Diagnósticos: Clasificación CASPAR: Puntaje total: _____

Tratamiento específico:

Fecha de inicio de tratamiento: ____/____/____

FAME	Fecha Inicio	Fecha suspensión
1-Convencionales:		
A: Metrotrexato:		
B: Sulfasalazina		
C: Leflunomida		
2-FAME Moléculas pequeñas:		
Tofacitinib		
Apremilast		
3-FAME inhibidores del FNT-alfa:		
Adalimumab		
Certolizumab pegol		
Etanercept		
Golimumab		
Infliximab		
4-FAME inhibidores de las Interleukinas:		
Secukinumab		
Ixekizumab		
Ustekinumab		

Fecha Actual: ____/____/____

Criterios de evaluación de actividad

Criterio	NO	SI
ACR 20*		
ACR 50		
ACR 70*		
DAS 28-CRP <2.6**		
DAS 28-ESR <2.6***		

*American College of Rheumatology Response / **Disease Activity Score – Utilizando Proteína C Reactiva / ***Disease Activity Score – Utilizando Eritrosedimentación

En caso de SI marcar la o las que correspondan	
Neutropenia	
Reacción alérgica	
Infecciones bacterianas	
Hepatotoxicidad	
Toxicidad pulmonar	
Otro	

Minimal disease activity (MDA): NO /

SI Efectos adversos de medicación: NO /

SI

FIRMA Y SELLO MEDICO AUDITOR

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE