



FICHA DE PACIENTES - ARTRITIS PSORIASICA

NOMBRE Y APELLIDO: _____
DNI: _____

FECHA DE DIAGNOSTICO / /

Criterios Diagnosticos

Clasificacion CASPAR: Puntaje total : _____

Tratamiento especifico

Fecha de inicio de tratamiento : / /

FAME	Fecha Inicio	Fecha de Suspension
1-Convencionales		
A : METROTREXATO		
B: SULFASALAZINA		
C:LEFLUNOMIDA		
2- FAME :Moleculas pequeñas		
TOFACITINIB		
APREMILAST		
3-FAME inhibidores del FNT_alfa:		
ADALIMUMAB		
CERTOLIZUMAB PEGOL		
ETANERCEPT		
GOLIMUMAB		
INFLIXIMAB		
4-FAME inhibidores de las interlaukinas		
SECUKINUMAB		
IXEKIZUMAB		

USTEKINUMAB		

Fecha actual ____/____/____

Criterios de evaluacion de actividad

	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 Proteina C reactiva
***Disease Activity Score-Utilizando Eritrosedimentación

Minimal disease activity (MDA), NO /SI

Efectos adversos de medicacion :NO / SI

En caso de SI marcar la o las que correspondan

1.Neutropenia

2.Reaccion alergica

3.Infecciones bacterianas

4.Hepatotoxicidad

5.Toxicidad pulmonar

6.Otro:

Firma y Sello Medico_____

Fecha: / /

