

Data:	Karta zgłoszenia do leczenia biologicznego Atopowego zapalenia skóry	Pieczętka lekarza kierującego:
-------	--	--------------------------------

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia pacjenta: Data rozpoznania AZS:

EASI (w dniu skierowania pacjenta):
(powyżej 20) Waga pacjenta:

Wcześniejsze leczenie cyklosporyną

(kwalifikacja jest możliwa wyłącznie, jeśli zastosowano **cyklosporynę** i była ona nieskuteczna lub wystąpiły działania niepożądane podczas leczenia, albo pacjent ma p/wskazania do zastosowania cyklosporyny)

<input type="checkbox"/> pacjent był leczony cyklosporyną, ale leczenie było nieskuteczne	<p style="text-align: center;">dawka mg/kg/d</p> <p>data rozpoczęcia:</p> <p>data zakończenia:</p>
<input type="checkbox"/> u pacjenta w trakcie leczenia cyklosporyną wystąpiły działania niepożądane i leczenie musiało zostać przerwane	<p style="text-align: center;">dawka mg/kg/d</p> <p>data rozpoczęcia:</p> <p>data zakończenia:</p> <p>jakie wystąpiły działania niepożądane (opisz):</p>
<input type="checkbox"/> pacjent ma p/wskazania do leczenia cyklosporyną	<p style="text-align: center;">jakie są to p/wskazania (opisz):</p>