

Data:	Karta zgłoszenia do leczenia biologicznego ŁUSZCZYCY	Pieczętka lekarza kierującego:
-------	--	--------------------------------

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia pacjenta: Data rozpoznania łuszczycy:

Łuszczyca plackowata PASI (w dniu skierowania pacjenta):

Łuszczyca skóry owłosionej (powyżej 10)

Łuszczyca okolicy genitalnej

Łuszczyca paznokci Waga pacjenta:

Łuszczyca dłoni i stóp (ale nie krostkowa)

Wcześniejsze leczenie systemowe

(kwalifikacja jest możliwa wyłącznie, jeśli zastosowano **co najmniej 2** z poniższych metod leczenia i były one nieskuteczne lub w trakcie ich stosowania wystąpiły działania niepożądane)

<input type="checkbox"/> Metotreksat <input type="checkbox"/> dawka <u>co najmniej 15 mg/tydzień</u> <input type="checkbox"/> czas leczenia <u>co najmniej 3 miesiące</u> data rozpoczęcia: data zakończenia: <input type="checkbox"/> leczenie przerwane z powodu działań niepożądanych jakie wystąpiły działania niepożądane? (opisz): <input type="checkbox"/> pacjent ma p/wskazania do leczenia MTX jakie są przeciwwskazania (opisz):	<input type="checkbox"/> Cyklosporyna <input type="checkbox"/> dawka <u>co najmniej 3 mg/kg/d</u> <input type="checkbox"/> czas leczenia <u>co najmniej 3 miesiące</u> data rozpoczęcia: data zakończenia: <input type="checkbox"/> leczenie przerwane z powodu działań niepożądanych jakie wystąpiły działania niepożądane? (opisz): <input type="checkbox"/> pacjent ma p/wskazania do leczenia CyA jakie są przeciwwskazania (opisz):
<input type="checkbox"/> Acytretyna <input type="checkbox"/> dawka <u>co najmniej 0,5 mg/kg/d</u> <input type="checkbox"/> czas leczenia <u>co najmniej 2 miesiące</u> data rozpoczęcia: data zakończenia: <input type="checkbox"/> leczenie przerwane z powodu działań niepożądanych jakie wystąpiły działania niepożądane? (opisz): <input type="checkbox"/> pacjent ma p/wskazania do leczenia acytretyną jakie są przeciwwskazania (opisz):	<input type="checkbox"/> PUVA <input type="checkbox"/> czas leczenia <u>co najmniej 3 miesiące</u> data rozpoczęcia: data zakończenia: <input type="checkbox"/> leczenie przerwane z powodu działań niepożądanych jakie wystąpiły działania niepożądane? (opisz): <input type="checkbox"/> pacjent ma p/wskazania do leczenia PUVA jakie są przeciwwskazania (opisz):