

# HISTORIA CLÍNICA

# DERMATITIS ATÓPICA

## Datos filiatorios

Dirección:

Ciudad:

Peso (kg):

Correo electrónico: ej. jeff@gmail.com

Obra social (si no cuenta con ello escriba "ministerio")

Apellido(s)

Edad:

Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)

Sexo:

DNI:

Teléfono a 10 dígitos:

Afiliado Nro:

Plan:

## Antecedentes de enfermedad actual

Antecedentes familiares directos de atopía:

SI NO

Dermatitis Atópica

Alergia alimentaria

Asma

Esofagitis eosinofílica

Rinitis

Poliposis nasal

## Comorbilidades

Alergias alimentarias

Asma

Esofagitis eosinofílica

Poliposis nasal

Rinosinusitis

Salud Mental

Blefaritis

Blefarconjuntivitis

Conjuntivitis

Queratoconjuntivitis

En caso positivo, detallar:

## Condiciones asociadas

Adulto mayor (>65 años)

Anticonceptivos orales

Embarazo/Lactancia

Infante (<5 años)

Planificación familiar

Polifarmacia

Sedentarismo

Tabaquismo

Persona con discapacidad

Otros

Otras condiciones asociadas:

## Recaídas y brotes

¿Ha presentado recaídas/brotes en los últimos 12 meses?

Severidad de los mismos:

En caso de más de un rebrote, indicar el de mayor severidad

Leve Moderado Severo

Frecuencia de los mismos

Mensual Trimestral Cuatrimestral Anual

| Tratamiento de rescate | Droga | Dosis | Inicio |
|------------------------|-------|-------|--------|
| 1)                     |       |       |        |
| 2)                     |       |       |        |

# Enfermedad actual: Dermatitis Atópica

Severidad

Leve

Moderado

Severo

☐

☐

☐

EASI:  
Severidad de acuerdo a la prueba

Leve

Moderado

Severo

☐

☐

☐

Puntaje:

SCORAD:  
Severidad de acuerdo a la prueba

Leve

Moderado

Severo

☐

☐

☐

Puntaje:

IDQOL:  
Severidad de acuerdo a la prueba.  
Para pacientes < 4 años

Leve

Moderado

Severo

☐

☐

☐

Puntaje:

CDLQI:  
Severidad de acuerdo a la prueba.  
Para pacientes entre 4 y 16 años

Leve

Moderado

Severo

☐

☐

☐

Puntaje:

DLQI:  
Para pacientes mayores a 16 años

Leve

Moderado

Severo

☐

☐

☐

Puntaje:

ADCT:

Controlado

No controlado

☐

☐

Puntaje:

NRS Prurito  
Grado de prurito

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

NRS Sueño  
Sueño

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

## TRATAMIENTO PREVIO

| Tratamiento de matenimiento | Droga | Dosis | Inicio |
|-----------------------------|-------|-------|--------|
| 1)                          |       |       |        |
| 2)                          |       |       |        |
| 3)                          |       |       |        |
| 4)                          |       |       |        |
| 5)                          |       |       |        |

## Decisión terapéutica actual y justificación:

## Documentación respaldatoria adjunta (fotos y estudios complementarios)

Firma y sello del profesional:

Teléfono de contacto:

Mail de contacto:

Fecha (DD/MM/AAAA):

Lugar (Localidad, Provincia):