



MODELO DE PRESCRIPCIÓN DE DUPILUMAB

DATOS DEL PACIENTE:

| | | | |
|---------------------|--|-----------|--|
| Nombre y apellidos | | | |
| Nº afiliación | | NIF/NIE | |
| Fecha de nacimiento | | Población | |
| Sexo | | Entidad | |

DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR:

| | | | |
|--------------------|--|--|--|
| Nombre y apellidos | | | |
| Nº colegiado | | | |
| Especialidad | | | |
| Centro | | | |

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES PARA EL TRATAMIENTO CON DUPILUMAB:

- a) Caracterización del diagnóstico de dermatitis atópica grave

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| Diagnóstico | | | |
| Fecha de diagnóstico | | | |
| Edad ≥ 18 años | Edad paciente | | |
| Eczema Area and Severity Index (EASI) ≥ 21 | Valor EASI | | |
| Physical global assessment (PGA/IGA) ≥ 3 | Valor PGA/IGA | | |
| Afectación mínima área corporal (BSA) $\geq 10\%$ | Valor BSA (%) | | |
| Candidatos a tratamiento sistémico: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| Refractarios a medicación tópica: | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| Con uso previo de ciclosporina: | | | |
| - Con respuesta insatisfactoria | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Fecha última administración | |
| - Cuando esté contraindicada | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Explicar motivo contraindicación | |

- b) Antecedentes personales

.....
.....



c) Tratamientos previos recibidos

| Tópicos | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Fecha última administración: | |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| Sistémicos | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Fármacos y fecha de última administración: | |

FECHA Y FIRMA DEL MÉDICO PRESCRIPTOR



INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

| | |
|------------------------------|--|
| Responsable | MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL |
| Fines de tratamiento | Cumplimiento de las condiciones de financiación para la autorización de dispensación de medicamentos de dispensación hospitalaria con cargo a MUGEJU. |
| Legitimación | RGPD 6.1 c), LOPD 8: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. |
| Destinatarios | MUGEJU |
| Derechos | Ejercer ante el responsable del tratamiento tus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión (“derecho al olvido”), limitación del tratamiento. |
| Información adicional | Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra web: https://www.mugeju.es/informacion-institucional/proteccion-de-datos |