

Fecha notificación: _____

Fecha entrevista: _____

Plataforma Interdisciplinar para el Estudio de Lesiones cutáneas graves en Red

PIELenRed

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS (CRD)

INICIO

DRESS:

PEAG:

SJS/NET:

GBFDE:

EEMM:

Este documento es confidencial y de gran importancia para la investigación en salud. En caso de pérdida, si alguien lo encuentra, rogamos lo envíen a la siguiente dirección:

Fundación para la Investigación Biomédica
Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Ctra. Meco s/n
28801 - Alcalá de Henares (Madrid)
Tel. 91-8878100 Ext: 2605

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Iniciales [][][][] Edad [][][] Sexo Hombre Mujer

Ciudad de nacimiento, país _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Residencia: _____

Origen étnico Padre: _____ Origen étnico Madre: _____

Exitus antes del cuestionario No Sí Peso: _____ Talla: _____

Consentimiento informado Registro epidemiológico Muestras biológicas
 Seguimiento

DATOS DEL HOSPITAL

Hospital que comunica el caso /departamento _____ Hospital nº [][][][] Fecha de admisión [][][][][][]

Hospital de tratamiento /departamento _____ [][][][] [][][][][][]

¿Es un traslado desde otro hospital? No Sí Desconocido

En caso **afirmativo**, Hospital nº [][][][] Fecha de admisión [][][][][][]

Unidad _____

Comunidad Autónoma (si diferente a Madrid): _____

Evaluación retrospectiva No Sí

Desarrollo de la reacción cutánea Previo al ingreso Durante la hospitalización

DIAGNÓSTICOS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA

Diagnósticos al ingreso (motivo de ingreso):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Fecha	Síntomas / Signos clínicos
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____

Fiebre (> 37,5°C) No Sí Desconocido

En caso afirmativo:

Fecha de inicio	Fecha de normalización*	T ^a más alta (°C)	Método medición
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____

* Si normalización previa al ingreso

SÍNTOMAS / SIGNOS CUTÁNEOS

	No	si	n/s	Inicio	Normalización**
Quemazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Prurito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Exantema/eritema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

En caso afirmativo,

- Maculopapular/morbiliforme
- Urticarial
- Eritema confluyente
- Eritema difuso
- Eritema edematoso
- Púrpura
- Placas infiltradas
- Lesiones tipo eczema
- Dermatitis exfoliativa
- Eritema extenso difuso (sin máculas)
- Otro: _____
- Desconocido

Localización del exantema

Generalizado Principalmente **pliegues** **cara** Otros _____
 Desconocido

Edema Facial

no sí n/s Fecha inicio Fecha fin*

Lesiones en diana

no sí n/s Fecha de inicio

En caso afirmativo,

- * Dianas típicas Distribución:
- * Dianas atípicas elevadas Principalmente Extremidades
- * Dianas atípicas planas Generalizada
- * Máculas Otros _____
- * Lesiones en diana de tipo desconocido Desconocido
- * Lesiones “tipo diana”

* Si normalización previa al ingreso

** SSJ/NET, EEMM, DRESS y GBFDE: Si normalización previa al ingreso ** PEAG: Si normalización previa al alta / fallecimiento del paciente.

(Si la información de las casillas en gris no se pudo objetivar antes del alta, verificar por vía telefónica)

Parches de eritema ≥ 5 cm no sí n/s Fecha de inicio
 [] [] [] [] [] []

En caso afirmativo,

- Marrón/violáceo - Bien delimitado sí

- Distribución/número - <5 - >10

- 5-10 - Diferentes partes del cuerpo

Ampollas/erosiones no sí n/s fecha de inicio Fecha de fin
 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 (PEAG)

Signo Nikolski no sí n/s Fecha de inicio (PEAG)

Láminas de desprendimiento > 5 cm [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Localización de la primera ampolla/erosión: _____ (PEAG)

Máximo eritema % SCA [] [] [] Fecha del máximo [] [] [] [] [] []

Máximo desprendimiento % SCA [] [] [] ¹ [] [] [] [] [] []

(Si se aprecian ampollas o erosiones)

Resolución de eritema/lesiones ≥ 15 días no sí n/s Fecha de resolución (en caso afirmativo)

(no pústulas, no eritema "activo") [] [] [] [] [] []

Resolución de afect. sistémica ≥ 15 días [] [] [] [] [] []

Pústulas no sí n/s

En caso afirmativo,

- Pocas (< 25) Fecha de inicio [] [] [] [] [] [] Fecha de fin** [] [] [] [] [] []

- Muchas (≥ 25 , docenas) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

- Desconocido (nº pústulas) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Tipo de pústulas

- Folicular [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

- No-folicular [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

- Desconocido (tipo de pústulas) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

** SSJ/NET, EEMM, DRESS y GBFDE: Si normalización previa al ingreso ** PEAG: Si normalización previa al alta / fallecimiento del paciente.
 (Si la información de las casillas en gris no se pudo objetivar antes del alta, verificar por vía telefónica)

Localización de las pústulas

	no	sí
- Principalmente pliegues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pliegues exentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Generalizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otras: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Desconocido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descamación post-pustulosa

no	sí	n/s	F. Inicio	F. resolución**
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EROSIONES/SÍNTOMAS EN MUCOSAS

OJOS

	no	sí	n/s
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso **afirmativo**:

	no	sí	n/s	Fecha de inicio	Normalización**
* Escozor, quemazón		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Enrojecimiento		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Conjuntivitis/blefaritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Diagnóstico por el oftalmólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de diagnóstico <input type="text"/>	

En caso **afirmativo**

- Conjuntivitis / blefaritis severa : _____
- Otros diagnósticos: _____

LABIOS

	no	sí	n/s
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso **afirmativo**:

	no	sí	n/s	Fecha de inicio	Normalización**
* Quemazón, dolor		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Hinchazón, edema		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Erosiones, costras hemorrágicas		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

** **SSJ/NET, EEMM, DRESS y GBFDE**: Si normalización previa al ingreso ** **PEAG**: Si normalización previa al alta / fallecimiento del paciente.

(Si la información de las casillas en gris no se pudo objetivar antes del alta, verificar por vía telefónica)

¹ Evitar 10% y 30 %

no sí n/s

MUCOSA ORAL

En caso **afirmativo**:

* Quemazón, dolor

Fecha de inicio

Normalización**

* Enrojecimiento, manchas

* Erosiones, costras hemorrágicas

no sí n/s

MUCOSA GENITAL

En caso **afirmativo**:

* Quemazón, dolor

Fecha de inicio

Normalización**

* Enrojecimiento, manchas

* Erosiones, costras hemorrágicas

* Secreción/Flujo

no sí n/s

Fecha de inicio

Normalización**

EROSIONES EN OTRAS MUCOSAS

En caso afirmativo,

- Nasal

- Anal

- Traqueal/bronquial

- Otros

** SSJ/NET, EEMM, DRESS y GBFDE: Si normalización previa al ingreso ** PEAG: Si normalización previa al alta / fallecimiento del paciente.

SINTOMAS / ACONTECIMIENTOS EN EL MES PREVIO A LA REACCIÓN CUTÁNEA

- **Herpes labial o calenturas** No Sí n/s F. Inicio F. normalización**

- Ha tenido herpes labial recurrente o calenturas?

No Sí n/s F. última erupción

- **Herpes genital** No Sí n/s F. Inicio F. normalización**

¿Ha tenido herpes genital recurrente?

No Sí n/s F. última erupción

- **Infecciones** No Sí n/s

En caso afirmativo

		F. Inicio	F. normalización
- Gripe/Síndrome gripal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Diagnosticado por medico?	<input type="checkbox"/>		
- Realizada prueba diagnóstica?	<input type="checkbox"/>		
- Tomó medicación para tratarlo?	<input type="checkbox"/>		
- Infección tracto respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Diagnosticado por medico?	<input type="checkbox"/>		
- Realizada prueba diagnóstica?	<input type="checkbox"/>		
- Tomó medicación para tratarlo?	<input type="checkbox"/>		
- Infección tracto urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Diagnosticado por medico?	<input type="checkbox"/>		
- Realizada prueba diagnóstica?	<input type="checkbox"/>		
- Tomó medicación para tratarlo?	<input type="checkbox"/>		
- Otra infección 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(Por favor, especifique)

- **Otra infección 2**

- Estatus VIH

	No	Sí	n/s
VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso **afirmativo**, el recuento más reciente de CD4 por µl:

¿HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES QUE CONTINÚAN ACTIVAS?

	No	Sí	n/s	Año diagnóstico
- Dermatitis atópica/eczema infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Psoriasis pustular generalizada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Algún <u>familiar de 1er grado</u> diagnosticado de Psoriasis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- **Reacción cutánea adversa grave**

En caso **afirmativo**, por favor especifique: _____

	No	Sí	n/s	Año
- Enfermedad hepática grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

En caso **afirmativo**, por favor especifique: _____

	No	Sí	n/s	Año
- Enfermedad renal grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

En caso **afirmativo**, por favor especifique: _____

	No	Sí	n/s	Año
- Enf. Reumáticas/ conectivopatías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo ,				
- Artritis reumatoide		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>
- Lupus eritematoso sistémico		<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>
- Otras	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	

En caso **afirmativo**, por favor especifique: _____

	No	Sí	n/s
Algún <u>familiar de 1er grado</u> diagnosticado de Enf. Reumática/ conectivopatía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	No	Sí	n/s	Año
- Enfermedad inflamatoria intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Colitis ulcerosa		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• E. de Crohn		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	No	Sí	n/s	Año
- Convulsiones / Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	No	Sí	n/s	Año
- Otras enfermedades				
- Diabetes mellitus Tipo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Diabetes mellitus Tipo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

¿LE HAN DIAGNOSTICADO UNA ENFERMEDAD MALIGNA / CÁNCER EN LOS 2 AÑOS PREVIOS A LA REACCIÓN O QUE ESTÉ SIENDO TRATADA ACTUALMENTE?

	No	Sí	n/s	Año
Enfermedad maligna / cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, especifique: _____				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, especifique: _____				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

- Ha recibido en el pasado algún trasplante?

Trasplante	No	Sí	n/s	Año
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Trasplante de progenitores hematopoyéticos		<input type="checkbox"/>		
- Otros: _____		<input type="checkbox"/>		

- Radioterapia

¿Ha recibido tratamiento Radioterápico recientemente? (No radioterapia UV)	No	Sí	n/s	Fecha más reciente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

En caso **afirmativo**, ¿para qué indicación?

- Linfoma

-Tumor cerebral

- Otra indicación

(por favor especifique)

(por favor especifique)

(por favor especifique)

MEDICACIÓN¹ EN LOS DOS MESES PREVIOS A LA REACCIÓN

Fecha de admisión

Fecha índice

No uso de fármacos

Fecha de: 1ª erosión/ampolla, 1ª pústula o Inicio exantema (o eosinofilia en DRESS)

	Dosis	Vía	Comienzo	Fin	Frec.	nº Días	SEF V	AL DEN
Fármaco			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Indicación			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Uso Previo No Sí n/s

En caso afirmativo, alguna RAM² No Sí n/s

En caso afirmativo, especifique: _____

	Dosis	Vía	Comienzo	Fin	Frec.	nº Días	SEF V	AL DEN
Fármaco			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Indicación			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Uso Previo No Sí n/s

En caso afirmativo, alguna RAM No Sí n/s

En caso afirmativo, especifique: _____

	Dosis	Vía	Comienzo	Fin	Frec.	nº Días	SEF V	AL DEN
Fármaco			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Indicación			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¹ Incluir medicamentos sin receta, productos homeopáticos y plantas medicinales

² RAM: Reacción adversa a medicamentos

Uso Previo No Sí n/s

En caso afirmativo, alguna RAM No Sí n/s

En caso afirmativo, especifique: _____

	Dosis	Vía	Comienzo	Fin	Frec.	n° Días	SEF V	AL DEN
Fármaco			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Indicación			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Uso Previo No Sí n/s

En caso afirmativo, alguna RAM³ No Sí n/s

En caso afirmativo, especifique: _____

	Dosis	Vía	Comienzo	Fin	Frec.	n° Días	SEF V	AL DEN
Fármaco			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Indicación			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Uso Previo No Sí n/s

En caso afirmativo, alguna RAM No Sí n/s

En caso afirmativo, especifique: _____

	Dosis	Vía	Comienzo	Fin	Frec.	n° Días	SEF V	AL DEN
Fármaco			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Indicación			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

³ RAM: Reacción adversa a medicamentos

Uso Previo No Sí n/s

En caso afirmativo, alguna RAM No Sí n/s

En caso afirmativo, especifique: _____

	Dosis	Vía	Comienzo	Fin	Frec.	n° Días	SEF V	AL DEN
Fármaco			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Indicación			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Uso Previo No Sí n/s

En caso afirmativo, alguna RAM No Sí n/s

En caso afirmativo, especifique: _____

	Dosis	Vía	Comienzo	Fin	Frec.	n° Días	SEF V	AL DEN
Fármaco			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Indicación			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Uso Previo No Sí n/s

En caso afirmativo, alguna RAM No Sí n/s

En caso afirmativo, especifique: _____

¿Ha tenido Reacciones Adversas a Medicamentos? No Sí n/s

En caso afirmativo,

Medicamento _____

Tipo de reacción: _____

Medicamento _____

Tipo de reacción: _____

TRACTO GASTROINTESTINAL no sí n/s Fecha de diagnóstico

En caso afirmativo especificar: _____

no sí n/s Fecha de inicio

Dolor abdominal
Diarrea
Disfagia
Náuseas

Ganglios Palpables no sí n/s Fecha Diagnóstico
(>1 cm, al menos 2 localizaciones)

SISTEMA NERVIOSO no sí n/s Fecha de inicio

En caso afirmativo especificar: _____

no sí n/s Fecha de inicio
Dolor de cabeza
Paresis
Otros: _____

no sí n/s Fecha de inicio
DOLOR DE GARGANTA

AFECTACION DE OTROS ÓRGANOS no sí n/s

En caso afirmativo especificar:

Fecha de diagnóstico

Fecha de diagnóstico

Fecha de diagnóstico

IMÁGENES Y BIOPSIAS 1 (Completar al alta)

¿Se han realizado las siguientes pruebas?

- | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------|---|
| | no | si | n/s | fecha de realización |
| - Rayos-X Tórax | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo: | normal <input type="checkbox"/> | anormal <input type="checkbox"/> | | _____ |
| | | | | (especificar) |
| | | | | |
| | no | si | n/s | fecha de realización |
| - Tórax TAC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo: | normal <input type="checkbox"/> | anormal <input type="checkbox"/> | | _____ |
| | | | | (especificar) |
| | | | | |
| | no | si | n/s | fecha de realización |
| - Broncoscopia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, | normal <input type="checkbox"/> | anormal <input type="checkbox"/> | | _____ |
| | | | | (especificar) |
| | | | | |
| | no | si | n/s | fecha de realización |
| - ECG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, | normal <input type="checkbox"/> | anormal <input type="checkbox"/> | | _____ |
| | | | | (especificar) |
| | | | | |
| | no | si | n/s | fecha de realización |
| - Ecocardiograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, | normal <input type="checkbox"/> | anormal <input type="checkbox"/> | | _____ |
| | | | | (especificar) |
| | | | | |
| | no | si | n/s | fecha de realización |
| - Ecografía abdominal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, | normal <input type="checkbox"/> | anormal <input type="checkbox"/> | | _____ |
| | | | | (especificar) |

HALLAZGOS DE LABORATORIO

RECuento / HEMOGRAMA (ingreso)

Fecha de la muestra:

Nº de Laboratorio:

	Valor	Laboratorio Límite inferior	Laboratorio Límite superior	Unidades
Basófilos %				
Basófilos				
CHCM				
Eosinófilos %				
Eosinófilos				
Eritroblastos				
HCM				
Hematíes				
Hematocrito				
Hemoglobina				
Leucocitos				
Linfocitos %				
Linfocitos				
Monocitos %				
Monocitos				
Neutrófilos %				
Neutrófilos				
Plaquetas				
RDW				
VCM				
Linfocitos Atípicos				
Tiempo de Protrombina				
Actividad de Protrombina (Quick)				
INR				
Tiempo de Tromboplastina Parcial (aPTT o T. Cefalina)				
Ratio del TTPA				
Otros				
Otros				

EVOLUTIVO

-Leucocitos

Al ingreso _____ x10³/μl No realizado
 Máximo _____ x10³/μl Fecha

-Neutrófilos

Al ingreso _____ x10³/μl
 Máximo _____ x10³/μl Fecha

-Eosinófilos

Al ingreso _____ x10³/μl
 Máximo _____ x10³/μl Fecha

-Linfocitos

Al ingreso _____ x10³/μl
 Mín. _____ x10³/μl Fecha

BIOQUÍMICA (ingreso)

Fecha de la muestra:

Nº de Laboratorio:

	Valor	Laboratorio Límite inferior	Laboratorio Límite superior	Unidades
Aclaramiento de Creatinina				
ALAT/GPT				
Albumina				
Amil.Pancreática				
Amilasa				
ASAT/GOT				
Bili.Conjugada				
Bilirrubina Total				
Calcio Iónico				
Calcio Iónico Corregido				
Calcio Total				
Cloro				
Colesterol Total				
Colinesterasa				
CPK				
Creatinina				
Exceso de Bases				
F. Alcalina				
Fosfato				
GGT				
Glucosa				

HCO3				
Hematuria				
Lactato				
LDH				
Leucocituria				
Lipasa				
Magnesio				
Osmol. Sérica				
PCO2 sangre arterial				
PCR				
pH sangre arterial				
PO2 sangre arterial				
Potasio				
Proteinas Totales				
Proteinuria				
SatO2 sangre arterial				
Sodio				
Troponina				
Urato				
Urea				
Otros				
Otros				
Otros				
Otros				

VALORES DE LABORATORIO 1 (*Completar al alta*)

¿Se han realizado las siguientes pruebas de laboratorio?

		no	si	No sabe	<i>En caso afirmativo, especificar</i>	
					Fecha de la muestra	Comentarios (reslutado, métodos, etc)
Hemocultivo <3 días post al ingreso	1					
	2					

		no	si	No sabe	<i>En caso afirmativo, especificar</i>		
					Fecha de la muestra	Sugestivo de infección reciente o reactivación	Comentarios (reslutado, métodos, etc)
Chlamydia	1						
	2						
Mycoplasma Pneumoniae	1						
	2						

Otras pruebas de laboratorio			
	<i>En caso afirmativo, especificar</i>		
	Fecha de la muestra	Sugestivo de infección reciente	Comentarios (reslutado, métodos, etc)
Otros 1			
Otros 2			
Otros 3			
Otros 4			
Otros 5			

VALORES DE LABORATORIO 2 (Completar al alta)

¿Se han realizado las siguientes pruebas de laboratorio?

		no	si	No sabe	<i>En caso afirmativo, especificar</i>		
					Fecha de la muestra	Sugestivo infección reciente o reactivación	Comentarios (reslutado, métodos, título, etc)
VHA	1						
	2						
VHB	1						
	2						
VHC	1						
	2						
HHV1/2 (VHS)	1						
	2						
HHV-3 (varicela/zoster)							
EBV (mononucleosis)	1						
	2						
CMV	1						
	2						
HHV-6	1						
	2						
ParvovirusB19	1						
	2						
ANA							

Otras pruebas de laboratorio			
	<i>En caso afirmativo, especificar</i>		
	Fecha de la muestra	Sugestivo de infección reciente	Comentarios (resultado, métodos, etc)
Otros 1			
Otros 2			
Otros 3			
Otros 4			
Otros 5			

PARÁMETROS DEL SCORTEN (dentro de los 3 días posteriores al ingreso)

	<u>Día de ingreso</u>		<u>A las 72 h</u>	
	No realizado	Puntuación	Puntuación	
- Urea > 10mmol/l (>60 mg/dl) <small>(mg/dl x 0,1665 = mmol/l)</small>	<input type="checkbox"/> _____ mmol/l	<input type="checkbox"/>	_____ mmol/l	<input type="checkbox"/>
- Glucemia >14mmol/l (> 252 mg/dl) <small>((mg/dl)/18= mmol/l)</small>	<input type="checkbox"/> _____ mmol/l	<input type="checkbox"/>	_____ mmol/l	<input type="checkbox"/>
- Bicarbonato < 20mmol/l	<input type="checkbox"/> _____ mmol/l	<input type="checkbox"/>	_____ mmol/l	<input type="checkbox"/>
- Frecuencia cardiaca > 120lpm	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
- Edad >40 ^a	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
- Neoplasias	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
- Desprendimiento de la epidermis Afectando >10% superficie corporal	_____ %	<input type="checkbox"/>	_____ %	<input type="checkbox"/>
Puntuación total:		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

0-1: 3 % 2: 12 % 3: 35 % 4: 58 % ≥5: 90 %

Tratamiento en el Hospital

Departamento n° _____

HOSPITAL DE TRATAMIENTO

Hospital N°

Fecha de admisión al departamento

- 1. Unidad de quemados
- 2. Departamento de Dermatología
- 3. Unidad de Cuidados Intensivos
- 4. Departamento de Pediatría
- 5. Medicina Interna
- 6. Otros:

Especificar: _____

1) **Corticosteroides**

- no
- si
- no sabe

fecha de inicio +

fecha de fin

Dia 1 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 2 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 3 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 4 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

2) **Inmunoglobulina humana**

- no
- si
- no sabe

Inespecífica intravenosa

fecha de inicio +

fecha de fin

Dia 1 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 2 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

+ Hasta 7 días después del ingreso en el departamento

Dia 3 Especialidad farmacéutica _____
 Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 4 Especialidad farmacéutica _____
 Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

3) **Otros tratamientos sistémicos** .no si no sabe

Anti H-1, Transfusiones etc. fecha de inicio⁺ fecha de fin

Dia 1 Especialidad farmacéutica _____
 Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 2 Especialidad farmacéutica _____
 Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 3 Especialidad farmacéutica _____
 Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 4 Especialidad farmacéutica _____
 Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

4) **Antibiótico** no sí no sabe

Especialidad farmacéutica _____

Uso terapéutico Fecha de inicio⁺

Uso profiláctico

Indicación desconocida

Desarrolló septicemia? Fecha diagnóstico

+ Hasta 7 días después del ingreso en el departamento

5) **Ciclosporina A** no sí no sabe

fecha de inicio⁺ fecha de fin

Dia 1 Especialidad farmacéutica _____
 Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 2 Especialidad farmacéutica _____
 Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 3 Especialidad farmacéutica _____
 Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 4 Especialidad farmacéutica _____
 Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

6) Tratamiento tópico Sí No Desc fecha de inicio fecha de fin

Especialidad farmacéutica, Dosis _____
 fecha de inicio fecha de fin

Especialidad farmacéutica, Dosis _____
 fecha de inicio fecha de fin

Especialidad farmacéutica, Dosis _____
 fecha de inicio fecha de fin

TRASLADO A OTRO HOSPITAL O DEPARTAMENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA REACCIÓN CUTÁNEA SEVERA

Sí No

⁺ Hasta 7 días después del ingreso en el departamento

Tratamiento en el Hospital

Departamento n° _____

HOSPITAL DE TRATAMIENTO:

Hospital N°

Fecha de admisión (al departamento)

- 1. Unidad de quemados
- 2. Departamento de Dermatología
- 3. Unidad de Cuidados Intensivos
- 4. Departamento de Pediatría
- 5. Medicina Interna
- 6. Otros:

(por favor, especificar)

1) **Corticosteroides**

no

si

no sabe

fecha de inicio⁺

fecha de fin

Dia 1 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 2 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 3 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 4 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

2) **Inmunoglobulina humana**

no

si

no sabe

Inespecífica intravenosa

fecha de inicio⁺

fecha de fin

Dia 1 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 2 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 3 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 4 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

no si no sabe

3) **Otros tratamientos sistémicos**

fecha de inicio⁺ fecha de fin

Dia 1 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 2 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 3 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 4 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

no sí no sabe

4) **Antibióticos**

Especialidad Farmacéutica _____

En caso **afirmativo**

Uso terapéutico Fecha de inicio⁺

Uso profiláctico

Indicación desconocida

Desarrolló septicemia? Fecha diagnóstico

Sí No

En caso afirmativo, complete por favor el formulario correspondiente al segundo hospital de tratamiento.

Tratamiento en el Hospital

Departamento n° _____

HOSPITAL DE TRATAMIENTO:

Hospital N°

Fecha de admisión (al departamento)

(intrah=inicio lesiones)

- 7. Unidad de quemados
- 8. Departamento de Dermatología
- 9. Unidad de Cuidados Intensivos
- 10. Departamento de Pediatría
- 11. Medicina Interna
- 12. Otros:

_____ (por favor, especificar)

	no	si	no sabe
1) Corticosteroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	fecha de inicio ⁺	fecha de fin	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dia 1	Especialidad farmacéutica _____		
	Dosis: _____ Administración : v.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/>		
Dia 2	Especialidad farmacéutica _____		
	Dosis: _____ Administración : v.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/>		
Dia 3	Especialidad farmacéutica _____		
	Dosis: _____ Administración : v.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/>		
Dia 4	Especialidad farmacéutica _____		
	Dosis: _____ Administración : v.o. <input type="checkbox"/> i.v. <input type="checkbox"/>		

	no	si	no sabe
2) Inmunoglobulina humana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inespecífica intravenosa	fecha de inicio ⁺	fecha de fin	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Dia 1 Especialidad farmacéutica _____
 Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 2 Especialidad farmacéutica _____
 Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 3 Especialidad farmacéutica _____
 Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 4 Especialidad farmacéutica _____
 Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

no si no sabe

3) **Otros tratamientos sistémicos**

Anti H-1, Transfusiones etc. fecha de inicio⁺ fecha de fin

Dia 1 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 2 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 3 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

Dia 4 Especialidad farmacéutica _____

Dosis: _____ Administración : v.o. i.v.

4) **Antibiótico** no sí no sabe

Especialidad farmacéutica _____

Fecha de inicio⁺

Uso terapéutico

Uso profiláctico

Indicación desconocida

Desarrolló septicemia? Fecha diagnóstico

5) **Ciclosporina A** no sí no sabe

		fecha de inicio ⁺	fecha de fin
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dia 1	Especialidad farmacéutica _____		
	Dosis: _____ Administración : v.o. <input type="checkbox"/>		i.v. <input type="checkbox"/>
Dia 2	Especialidad farmacéutica _____		
	Dosis: _____ Administración : v.o. <input type="checkbox"/>		i.v. <input type="checkbox"/>
Dia 3	Especialidad farmacéutica _____		
	Dosis: _____ Administración : v.o. <input type="checkbox"/>		i.v. <input type="checkbox"/>
Dia 4	Especialidad farmacéutica _____		
	Dosis: _____ Administración : v.o. <input type="checkbox"/>		i.v. <input type="checkbox"/>

6) Tratamiento tópico Sí No

		fecha de inicio	fecha de fin
Especialidad farmacéutica, Dosis _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		fecha de inicio	fecha de fin
Especialidad farmacéutica, Dosis _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		fecha de inicio	fecha de fin
Especialidad farmacéutica, Dosis _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		fecha de inicio	fecha de fin
Especialidad farmacéutica, Dosis _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

⁺ *Hasta 7 días después del ingreso en el departamento*

INFORME DE ALTA

Nº hospital

Diagnósticos al alta

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Desenlace de la hospitalización

- | | | | | |
|----|--------|--------------------------|--|--|
| 1. | Exitus | <input type="checkbox"/> | | Fecha
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. | Alta | <input type="checkbox"/> | | Fecha
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

UNIDAD DE TRATAMIENTO

- | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Unidad de quemados | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Servicio de dermatología | <input type="checkbox"/> |
| 3. | UCI | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Servicio de pediatría | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Medicina interna | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Otras | <input type="checkbox"/> |
- _____ (por favor, especifique)

Infección por Mycoplasma en los 2 meses PREVIOS al ingreso?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| No | Sí | Desc |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En caso afirmativo o negativo, qué prueba diagnóstica se realizó?

- Serología Aislamiento Radiología PCR Desc

INFORMACIÓN ADICIONAL

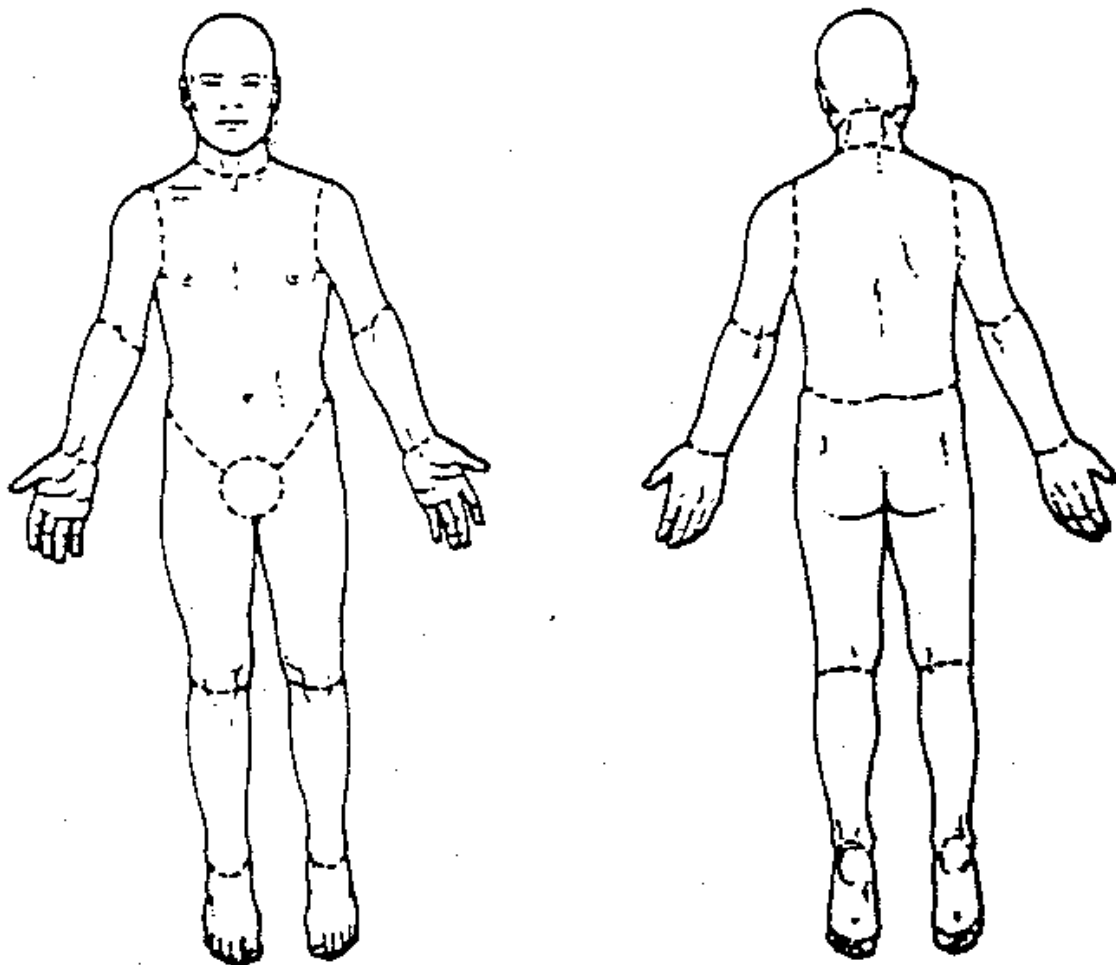
Por favor, utilice los campos siguientes para anotar información adicional importante.
Cíñase por favor a los temas predefinidos y evite información redundante

Origen étnico:

Especifique si el paciente murió después del alta y antes del seguimiento a largo plazo o extracción de muestra biológica. Por favor, especifique la fecha de la muerte:

Especifique otras razones por las que el seguimiento a largo plazo no ha podido ser efectuado:

Otras observaciones pertinentes si así lo acuerda el Comité científico



Área	Adulto	Eritema	Ampollas/Erosiones
Cabeza	7		
Cuello	2		
Tronco Ant.	13		
Tronco Post.	13		
Glúteo D	2,5		
Glúteo Izq	2,5		
Genitales	1		
Parte Superior Brazo D	4		
Parte Inferior Brazo D	3		
Parte Superior Brazo Izq	4		
Parte Inferior Brazo Izq	3		
Mano D	2,5		
Mano Izq	2,5		
Muslo D	9,5		
Muslo Izq	9,5		
Pierna D	7		
Pierna Izq	7		
Pie d	3,5		
Pie Izq	3,5		
TOTAL			

Datos necesarios para la validación de casos

SSJ/NET

Fotografías

Dibujo con % SC Eritema en ROJO y % SC Erosiones/desprendimiento en AZUL

Biopsia

Signo Nikolski

Afectación mucosa

Descripción del tipo de lesiones y distribución

Máximo % Superficie Corporal (SC) con Eritema

Máximo % Superficie Corporal (SC) con Erosiones/ampollas/desprendimiento

DRESS

Fotografías

Biopsia

Máximo % SC afectada eritema

Máximo % Superficie Corporal (SC) con Erosiones/ampollas/desprendimiento

Fecha inicio exantema

Descripción del tipo de lesiones y fechas inicio: eritema, ampollas/erosiones

Fecha de resolución de eritema/lesiones

Edema facial

Fiebre: Fecha inicio, valor máximo

Adenopatías

Eosinófilos, leucocitos, linfocitos atípicos

Afectación de órganos

Resolución afectación sistémica \geq 15 días (fecha de resolución)

Serologías

PEAG

Fotografías

Biopsia

Descripción del tipo de lesiones y distribución

Máximo % SC afectada eritema

Fecha de inicio de eritema

Fecha de inicio de pústulas

Fecha de inicio de descamación post pustulosa

Fecha de resolución del eritema (fin eritema “activo”) y fecha de resolución de las pústulas

Fiebre (fecha inicio y máximo)

Neutrófilos (valor en día índice y máximo)

Afectación mucosa