

Código 

--	--	--	--	--	--

Fecha de cumplimentación : \_\_\_\_\_

# ***Plataforma Interdisciplinar para el Estudio de Lesiones cutáneas graves en Red***

***PIELenRed***

**Cuaderno de recogida de datos (CRD)**

\_\_\_\_\_

**Seguimiento Semana 8 / ( $\pm$  2 semanas)**

DRESS: ☐

PEAG: ☐

SJS/NET: ☐

GBFDE: ☐

Código

## Cuaderno de recogida de datos (CRD)

### DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Fecha de nacimiento:

Iniciales: \_\_\_\_\_

Fiebre más alta

Fecha normalización

Tª más alta (°C)

¿Estuvo ingresado?

No

Sí

Desconocido

☐☐☐

Fecha de alta

Resolución de las lesiones cutáneas

Todavía presente ☐

curado ☐

día de curación

Resolución del edema facial

Todavía presente ☐

curado ☐

día de curación

Resolución de lesiones mucosas

Todavía presente ☐

curado ☐

día de curación

**En caso de PEAG:** Resolución de las pústulas

Todavía presente ☐

curado ☐

día de curación

**En caso de PEAG:** Resolución del eritema

Todavía presente ☐

curado ☐

día de curación

**En caso de PEAG:** Resolución de la descamación

Todavía presente ☐

curado ☐

día de curación

Código

**¿El paciente recibió tratamiento sistémico al alta?**

Tratamiento sistémico (corticoides, corticoides tópicos, otros agentes inmunomoduladores, antibióticos, anti-H1)

Especialidad: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ vía de administración v.o. ☐ i.v. ☐

Especialidad: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ vía de administración v.o. ☐ i.v. ☐

Especialidad: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ vía de administración v.o. ☐ i.v. ☐

Especialidad: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ vía de administración v.o. ☐ i.v. ☐

Especialidad: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ vía de administración v.o. ☐ i.v. ☐

**Tratamiento corticoide tópico:**

Especialidad: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ fecha final tratamiento

**Tratamiento corticoide tópico:**

Especialidad: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ fecha final tratamiento

**Tratamiento corticoide tópico:**

Especialidad: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ fecha final tratamiento

Código

**RECuento / HEMOGRAMA** (Última Analítica)

Fecha de la muestra:

Nº de Laboratorio:

	Valor (numérico)	Límite inferior	Límite superior	Fecha normalización	Unidades (texto)
Actividad Protrombina					
Basófilos					
CHCM					
Eosinófilos					
Eritroblastos					
HB					
HCM					
Hematíes					
Hematocrito					
Leucocitos					
Linfocitos					
Linfocitos atípicos					
Monocitos					
Neutrófilos					
Plaquetas					
Ratio del tiempo de cefalina					
VCM					
Otros1					
Otros2					

Código

## BIOQUÍMICA Y SEROLOGÍA (Analítica normalización)

Fecha de la muestra:

Nº de Laboratorio:

	Valor (numérico)	Límite inferior	Límite superior	Fecha normalización	Unidades (texto)
Aclaramiento de Creatinina					
ALAT/GPT					
Albumina					
Amilasa					
Amil.Pancreática					
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					
Fosfato					
GGT					
Glucosa					
HCO <sub>3</sub>					
Lactato					
LDH					
Lipasa					
Magnesio					

Código 

--	--	--	--	--	--	--

Osmol. Sérica					
PCR					
pH sangre venosa					
PO2 sangre venosa					
PCO2 sangre venosa					
SatO2 sangre venosa					
Potasio					
Proteínas Totales					
Sodio					
Troponina					
Urato					
Urea					
Proteinuria					
Hematuria					
Leucocituria					
Otros					
Otros					
<b>SEROLOGÍA</b>	1º Determinación (fecha )	2º determinación (fecha )		otras	
HV6					
CMV					
EBV					
HVS					
HHV-3 (varicela)					
HV7					

Código

## DIAGNÓSTICO ALERGOLÓGICO

CENTRO ESTUDIO \_\_\_\_\_ Código Hospital

¿Se han realizado las siguientes pruebas diagnósticas?

### 1. Test Transformación Linfocitaria (TTL):

FÁRMACOS	Positivo	Negativo	Fecha realización	Fase	Índices de estimulación	Concentración de Fármaco
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

Código 

--	--	--	--	--	--	--

**2.- Pruebas epicutáneas, pruebas de parche o patch test:**

FÁRMACOS	Positivo	Negativo	Fecha realización	Concentración de Fármaco	Vehículo
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

**3.- Pruebas cutáneas**

FÁRMACOS	Fecha realización	Negativo	Positivo	En caso afirmativo, especificar:		
				Prick/ID (Medida en mm)	Concentración	Lectura inmediata o tardía
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						



**4.- Fármaco responsable:**

**A.-Primera posibilidad:**

- Basado en
- 1.- Relación temporal
  - 2.- TTL positivo
  - 3.- Epicutáneas positivas
  - 4.- Cutáneas positivas

**B.-Segunda posibilidad:**

- Basado en
- 1.- Relación temporal
  - 2.- TTL positivo
  - 3.- Epicutáneas positivas
  - 4.- Cutáneas positivas

**C.-Tercera posibilidad:**

- Basado en
- 1.- Relación temporal
  - 2.- TTL positivo
  - 3.- Epicutáneas positivas
  - 4.- Cutáneas positivas

**Información adicional:**

---

---

---

---