



**MODEL DE PRESCRIPCIÓ I SEGUIMENT DUPILUMAB**  
**PROTOCOL FARMACOLÒGIC PER A L'ÚS EN DERMATITIS ATÒPICA GREU**

**DADES DEL PACIENT:**

Nom.....  
Cognoms.....  
Número d'afiliació.....  
NIF/NIE.....  
Data deixement..... Població.....  
Sexe:..... Entitat.....

**DADES METGE PRESCRIPTOR:**

Nom i cognoms.....  
Número col·legiat.....  
Especialitat.....  
Centre.....

**CRITERIS DE SELECCIÓ DE PACIENTS PER AL TRACTAMENT AMB DUPILUMAB (DUPIXENT)**

Diagnòstic.....  
.....Data diagnòstic: .....

a) S'han de complir **TOTS** els següents criteris:

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1.-Edat ≥18 anys: Edat de pacient:.....  |                     |
| 2.-Èczema Àrea and Severity Index (EASI) ≥21   | Valor EASI: .....   |
| 3.-Physical global assessment (PGA/IGA) ≥3   | Valor PGA/IGA:..... |
| 4.-Afectació mínima àrea superfície corporal (BSA) ≥10%:   | Valor BSA (%):..... |
| 5.-Candidats a tractament sistèmic: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                  |                     |
| 6.-Refractaris a medicació tòpica: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                   |                     |
| 7.-Amb ús previ de ciclosporina  |                     |
| -amb resposta insatisfactòria o, <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, Data última administració: .....   |                     |
| - quan estigui contraindicada <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO, Explicar motiu contraindicació: ..... |                     |

b) Antecedents Personals

.....

.....

.....

c) Tractaments previs rebuts:

- Tòpics     SI  NO; Data última administració: .....
- Sistèmics:  SI  NO; Fàrmacs i data última administració: .....

DATA I SIGNATURA DEL METGE PRESCRIPTOR:

**NOTA: Aquest protocol quedarà en poder del pacient per presentar-lo al metge prescriptor en les avaluacions periòdiques.**

**PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL:** D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals), i l'article 11 de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre de Protecció de Dades i garantia dels drets digitals, s'informa que les dades personals facilitades seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar les prestacions sanitàries en el Règim del Mutualisme Administratiu.

Aquest tractament és necessari pel compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del Text Refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprovat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Pot exercir els seus drets en matèria de protecció de dades davant la Directora del Departament de Prestacions Sanitàries de MUFACE.

Més informació en l'apartat " [Privadesa i protecció de dades](#) " de la pàgina web de Muface.

Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat: [Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat](#)