SERVIZO GALEGO DE SAÚDE

ANEXO I

Formulario Solicitude do tratamento con Ruxolitinib tópico

Deberán cumprimentarse todos os datos deste anexo para ser valorado o financiamento do tratamento polos Servizos de Farmacia correspondentes.

INICIO	DATO
Area basal de superficie corporal afectada BSA basal	
Area basal de superficie facial afectada F – BSA basal	
Non resposta a corticoides tópicos de potencia adecuada	
Non resposta a inhibidores da calcineurina	
Contraindicación aos tratamentos anteriores	
Zona seleccionada para la aplicación do tratamento	

SEGUIMENTO	DATO
Porcentaxe de repigmentación tras 6 meses de tratamento	
F-VASI	
T-VASI	
Porcentaxe de repigmentación tras 12 meses de tratamento	
F-VASI	
T-VASI	

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria
Complexo Administrativo de San Lázaro
15781 Santiago de Compostela
T. +34 881 542 815
asistencia.sanitaria@sergas.gal
www.sergas.gal