Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: ____ años

Diagnóstico: Dermatitis Atópica Grave

Antecedente: En seguimiento en la consulta de _____ por exacerbaciones graves de Dermatitis Atópica con presencia de dermatosis generalizada diseminada a todos los segmentos corporales: _____ con la presencia de lesiones en placa, eccematosas, muy pruriginosas, huellas de rascado (se anexan algunas fotografías) y liquenificación. Inició con exacerbaciones recurrentes de dermatitis atópica desde _____ a pesar de manejo médico (tópico y sistémico) presenta recidivas de síntomas. Por Clinimetría EASI (), SCORAD (), escala de intensidad de prurito NRS (), impacto grave acorde a un valor de POEM (). Lo anterior compatible con **Dermatitis Atópica Grave**.

El paciente realiza cuidados generales de piel y ha recibido tratamiento tópico con corticosteroides (), e inhibidores de calcineurina (), sin respuesta adecuada, recibió manejo sistémico con _____. Por lo tanto, se consideró como paciente descontrolado y con base en el último Consenso Nacional de Dermatitis Atópica se indicó manejo con inhibidor de JAK: **Abrocitinib** _____ **mg** cada 24 hrs para control de la enfermedad y mejorar su calidad de vida.

Plan: por la excelente respuesta a tratamiento para lograr óptimo control de la enfermedad, actualmente escala de EASI y SCORAD, NRS y POEM con inducción a remisión de la enfermedad y disminución de tratamiento sintomático. **Ha mejorado mucho su calidad de vida**, se indica continuar con tratamiento inhibidor de JAK **al menos 6 meses más** con una re-evaluación médica subsecuente: **Abrocitinib** _____ **cada 24 hrs** (se adjunta receta médica e informe médico).

Manejo indicado: Abrocitinib _____ **cada 24 hrs (seis meses más de tratamiento y se valorará evolución para determinar continuidad).**

Nombre y firma del médico