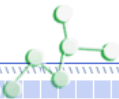

TOCTINO
INDICAZIONI TERAPEUTICHE

- Toctino -

- TOCTINO è indicato negli adulti per il trattamento dell'eczema cronico severo alle mani, resistente al trattamento con potenti corticosteroidi topici. E' più probabile che rispondano al trattamento i pazienti affetti da eczema prevalentemente a carattere ipercheratosico rispetto ai pazienti nei quali l'eczema è prevalentemente a carattere disidrosico.**

DIAGNOSI
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

	Data valutazione*	____/____/____ (gg mm aaaa)
(E)	Diagnosi*	Eczema cronico severo altro
(E)	Eczema prevalentemente*	Ipercheratosico Disidrosico Altro
	Severità (scala PGA) *	Malattia severa o molto severa Malattia moderata Malattia lieve Malattia quasi assente
(E)	Parametro secondo la scala mTLSS (Total Lesion Symptom Score) *	Valore ≥ 12 Valore < 12
(E)	Localizzazione*	Mani Piedi Altro
	Motivo del fallimento del trattamento con corticosteroidi topici*	Resistenza Intolleranza
	Il paziente è stato già trattato con Alitretionina (p.e. in studio clinico, studio compassionevole, ecc)? *	Si No
(E)	Il farmaco verrà associato ad altri farmaci sistemici correlati alla patologia? *	Si No
	Patologie concomitanti *	Si No



REGISTRO DEI FARMACI DERMATOLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO: TOCTINO

Se SI indicare quali	<input type="checkbox"/> patologie psichiatriche <input type="checkbox"/> Patologie apparato muscolo-scheletrico e tessuto connettivo <input type="checkbox"/> patologie oculari <input type="checkbox"/> patologie tiroidee <input type="checkbox"/> patologie epatobiliari e gastrointestinali <input type="checkbox"/> allergie <input type="checkbox"/> diabete, obesità, ipertensione <input type="checkbox"/> metabolismo lipidico <input type="checkbox"/> patologie Renali <input type="checkbox"/> ipertensione endocranica <input type="checkbox"/> altre patologie diverse da quelle sopra elencate
Se altre, specificare	_____
(E) Consegnato il "manuale del paziente" *	Si No
(E) Informato della necessità di non dare il farmaco ad altre persone *	Si No
(E) Informato di non fare donazioni di sangue durante il trattamento con Toctino e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento *	Si No
(E) Informato di restituire alla farmacia le capsule inutilizzate *	Si No