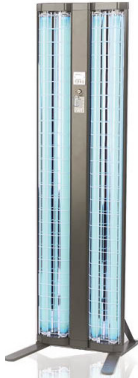


Nombre del Paciente _____ MRN _____ Fecha _____

Se le ha recetado un equipo de fototerapia de banda estrecha UVB para uso en casa. Use este equipo de la misma manera en que usaría un medicamento prescrito. Debe usted usarlo sólo bajo la dirección de la oficina de su médico. Como cualquier medicamento, este tratamiento puede ser muy útil, pero también puede ser peligroso si no se usa apropiadamente.

- Unidad de fototerapia prescrita: Daavlin 7 Series T 4 – Banda Estrecha UVB



7 Series T 4

El plan de tratamiento prescrito por su médico:

Trátese a una distancia de 9 pulgadas:

Tratamiento #1: 1 Minuto y 10 Segundos Tratamiento #2: 1 Minuto y 17 Segundos
Siga aumentando el tiempo por 7 Segundos en cada tratamiento hasta que no pueda aumentarlo más sin ponerse rosa, o sienta que su piel está caliente, sensible o con hormigueo durante más de 24 a 48 horas.

Instrucciones Especiales:

- Cada tiempo de tratamiento es por una (1) exposición. Repita el tiempo de tratamiento para cada area separada del cuerpo.
- Frecuencia del tratamiento: 3 veces por semana Otro: _____
- El objetivo del tratamiento es experimentar un ligero tono rosado, calor o cosquilleo que dure menos de 24 horas.

Antes de realizar el tratamiento, utilice esta tabla para describir el estado actual de su piel y determinar cómo ajustar su tiempo de tratamiento.

Duración de los síntomas: (rosa, caliente, sensibilidad o sensación de hormigueo)	Ajuste el próximo tratamiento:
Ningún síntoma, o síntomas leves que duran menos de 24 horas	Continúe aumentando como se indica por <u>7</u> segundos
Síntomas que duran más de 24 horas, pero menos de 48 horas	Mantenga el tiempo de tratamiento igual al último tratamiento
Si la piel está muy caliente, roja, dolorosa o irritada, o si los síntomas duran más de 48 horas	No tratar hasta que los síntomas desaparezcan, después reduzca el tiempo de tratamiento por <u>14</u> segundos

Use siempre lo siguiente para proteger áreas especiales que NO están siendo tratadas:

- Goggles bloqueadores UV (incluidos)
- Una toalla, funda de almohada, bolsa de papel para cubrir la cara
- Bloqueador de sol (si lo ordena el médico)
- Para hombres, protección para el área genital
- Otro: _____

Otras instrucciones especiales de su médico:

- Tratar a una distancia de 9 pulgadas alejado de las lámparas para mejores resultados
- Trate usando 2 exposiciones (1 enfrente, 1 atrás). Si sus lados están afectados, use 4 exposiciones para tratar el cuerpo completo.
- Area de tratamiento: todas las áreas afectadas Other: _____

Si suspende su tratamiento por:	Ajuste su tratamiento por:
1 semana	Permanezca igual (NO incremente)
2 semanas	Reduzca su tiempo 50%
3 semanas	Reduzca su tiempo 75%
4 semanas	Vuelva a empezar con su tiempo inicial

Preguntas hechas con frecuencia:

- **¿Con qué frecuencia debo hacer seguimiento con mi médico?** *Haga seguimiento cada 6 a 12 meses mientras esté usted en terapia activa. También debe hacer seguimiento si parece que su condición empeora, o si nota usted una nueva mancha en su piel que no parezca normal.*
- **Estoy tomando una nueva medicina, ¿puede esto afectar mi tratamiento?** *Sí, algunas medicinas pueden hacerlo mas sensible a la luz. Verifique con su médico antes de empezar con cualquier medicamento nuevo.*
- **¿Cómo funciona FlexRx?** *FlexRx es una característica que cuenta el número de exposiciones que usted ha terminado. Usted notará el número regresivo de exposiciones disponibles con cada uso. Cuando le queden 5-10 exposiciones, contacte a la oficina de su médico para que obtenga un "código" de repuesto.*
- **¿Qué debo hacer si la condición de mi piel se aclara?** *Una vez que su piel se haya aclarado, usted podrá tomar un descanso de su fototerapia ó cambiar a un programa de tratamiento menos frecuente. Llame para obtener información. Si necesita usted reanudar su tratamiento nuevamente, es importante que EMPIECE con su tiempo original (vea la página 1) y NO los tiempos más largos con los que terminó usted su terapia.*

Otra Información Útil:

- **Consulte su manual o llame al teléfono de apoyo técnico de Daavlin si tiene preguntas acerca de cómo operar su equipo.** *Llame directamente al equipo de apoyo al [419-633-3415](tel:419-633-3415) o llame al [1-800-322-8546](tel:1-800-322-8546) y siga las instrucciones.*
- **Use la forma de registro de tratamiento en este paquete o un registro similar.** *Mantenga registro de su terapia y llévelo con usted a sus citas de seguimiento.*
- **¡¡No espere hasta que sus exposiciones se acaben para pedir un repuesto!!** *Llame o envíe un correo electrónico a su médico o enfermera para que obtenga un repuesto cuando le queden a usted aproximadamente 5-10 exposiciones para evitar cualquier interrupción en su terapia.*
- **Si tiene preguntas sobre la condición de su piel, llame a Kaiser Dermatología al 9167717700**

Al aceptar la entrega de su unidad de fototerapia prescrita en casa, usted indica que entiende, acepta y está de acuerdo con lo siguiente:

- Haré seguimiento con mi médico mientras esté usando activamente mi unidad de fototerapia en casa, notificaré a mi médico de cualquier cambio en mis medicamentos, y tendré un examen de piel de todo el cuerpo por lo menos una vez al año.
- Usaré mi unidad de fototerapia en casa para tratar mi condición de piel y no permitiré que nadie más use mi unidad de fototerapia en casa.
- Usaré protección para los ojos TODO EL TIEMPO que use la unidad y seguiré otras instrucciones especiales (tales como cubrir mi cara o áreas genitales) según se indique.
- Llamaré a mi médico inmediatamente si se presenta una quemadura, enrojecimiento, empeoramiento de mi psoriasis (u otra condición), cambios en lesiones de la piel tales como lunares, o cualquier otro problema que pudiera relacionarse con mi terapia.
- Mantendré un registro de tiempos y resultados de mi tratamiento y los proporcionaré periódicamente a mi médico.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Registro de Tratamiento de Fototerapia en Casa



Nombre del paciente _____ Fecha _____

Fecha	No. de Tratamiento	Hora	Comentarios (Registre cualquier problema tal como comezón, severidad o lugar de cualquier quemadura, dificultades técnicas, razones por tratamientos espaciados, etc.)	Color Rosado (0-3)*	Severidad (0-10)**
ejemplo >					
1-1-15	1	2:00 min	<i>Sin quemaduras, un poco de comezón después del tratamiento.</i>	0	4

Instrucciones de Registro:
Por favor llene éste (u otro registro similar) para mantener un record de su terapia. Tráigalo con usted a sus citas con su doctor.

***Escala Color Rosado:**
0 = No Rosado
1 = Rosado ligero
2 = Rosado mediano
3 = Rosado oscuro o Rojo

****Severidad de la Enfermedad:**
Pacientes, por favor evalúen la condición de su piel en una escala de 0-10 en donde 0 está completamente clara y 10 es lo peor que haya estado.