

T.C. BOZOK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI A.D.

PSORİASİS VULGARİS'Lİ HASTA TAKİP FORMU

Tarih: / / 2018

Adı Soyadı:

Protokol No:

Cinsiyet:

Yaş:

Telefon:

Adres:

Doğum yeri:

Şikayet/hikaye:

Hastalık süresi:

Özgeçmiş/soygeçmiş:

DERMATOLOJİK MUAYENE:

Psoriasis Alan Şiddet İndeksi (PASI):

Vücut yüzey alanı (VYA%):

Hastalık başlangıç yaşı (<40 yaş, >40 yaş):

Aile öyküsü: