

Nombre del paciente _____ MRN _____ Fecha _____

Se le ha prescrito una unidad de fototerapia de Banda Estrecha UVB para uso en casa.

Use este dispositivo de la misma manera que lo haría con un medicamento recetado.

Debe usarlo únicamente bajo la dirección de la oficina de su médico. Como con cualquier otro medicamento, este tratamiento puede ser muy útil, pero también puede ser dañino si no se usa correctamente.

- Unidad de fototerapia prescrita: **Phothera 200 – Banda Estrecha UVB**

El plan de tratamiento prescrito por su médico:

Si se trata directamente sobre la superficie del acrílico (para manos o pies), descánselos suavemente directamente sobre la superficie durante su tratamiento (NO se pare sobre el dispositivo).

Frecuencia del tratamiento: _____ veces por semana día por medio

Tratamiento #1: _____ Tratamiento #2: _____ Continúe aumentando su tiempo por _____ segundos cada tratamiento hasta que ya no pueda aumentarlo más sin que se ponga color rosado, o sienta que su piel está caliente, sensible, o le hormiguea por más de 24 a 48 horas.

Si se trata a una distancia de 9 pulgadas (para la cara, rodillas, etc):

Frecuencia del tratamiento: _____ veces por semana día por medio

Tratamiento #1: _____ Tratamiento #2: _____ Continúe aumentando su tiempo por _____ segundos cada tratamiento hasta que ya no pueda aumentarlo más sin que se ponga color rosado, o sienta que su piel está caliente, sensible, o le hormiguea por más de 24 a 48 horas.



Phothera 200
(Antes Daavlin 1 Series)

Instrucciones especiales de su médico:

- Cada tiempo de tratamiento es por una (1) exposición. Repita el tiempo de tratamiento para cada área separada del cuerpo.
- Cuando use su dispositivo por primera vez, por favor revise el manual para que obtenga el "código de desbloqueo"; este es un código de seguridad para prevenir que otras personas usen su dispositivo. Después necesitará usted ingresar un "código de carga" para cargar su dispositivo con su primera serie de exposiciones. Por favor comuníquese con su médico para obtener el código de carga antes de que inicie sus tratamientos.
- El objetivo de su tratamiento es que experimente una coloración rosada ligera, calor, u hormigueo que duren menos de 24 horas.
- Área de tratamiento: todas las áreas afectadas Otras: _____

Antes de tratarse, use esta tabla que le ayudará a describir la condición actual de su piel para determinar cómo ajustar su tiempo de tratamiento.

| Duración de los síntomas: (coloración rosada, sensación de calor, sensibilidad u hormigueo) | Tratando sobre la superficie del acrílico (manos / pies). Ajuste el siguiente tratamiento: | Tratando a 9 pulgadas de distancia (cara) Ajuste el siguiente tratamiento: |
|---|--|--|
| Sin síntomas, o síntomas ligeros que duran menos de 24 horas | Continúe aumentando según lo indicado por _____ | Continúe aumentando según lo indicado por _____ |
| Síntomas que duran más de 24 horas, pero menos de 48 horas | Mantenga el tiempo de tratamiento igual al último tratamiento hasta que los síntomas duren menos de 24 horas | Mantenga el tiempo de tratamiento igual al último tratamiento hasta que los síntomas duren menos de 24 horas |
| Si la piel está muy caliente, roja, con dolor o irritada, o si los síntomas duran más de 48 horas | No se trate hasta que los síntomas desaparezcan, después reduzca el tiempo de tratamiento por _____ | No se trate hasta que los síntomas desaparezcan, después reduzca el tiempo de tratamiento por _____ |

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

- Goggles bloqueadores de UV (incluidos)
- Filtro solar (si lo indica el médico)
- Protección para el área genital para todos los pacientes.
- Otros: _____
- Una toalla, funda de almohada, bolsa de papel o máscara para cubrir la cara si es necesario

| Si omite su tratamiento por: | Ajuste su tratamiento por: |
|------------------------------|--|
| 7 días (o menos) | Manténgalo igual (no lo aumente) |
| 8-13 días | Reduzca su tiempo por 25% -Ó-empiece con el tiempo inicial |
| 14-27 días | Reduzca su tiempo por 50% -Ó-empiece con el tiempo inicial |
| 28 días (o más) | Empiece nuevamente con su tiempo inicial |

Preguntas más comunes:

- **¿Con qué frecuencia debo hacer seguimiento con mi médico?** Usted debe hacer seguimiento con su médico 3 a 6 meses después de su primera sesión de terapia de luz. Mientras esté en terapia activa de mantenimiento, debe usted hacer seguimiento cada 6 a 12 meses. Consulte con su proveedor de salud si su condición empeora o si nota usted una nueva mancha o un área que no parezca normal.
- **Estoy tomando un medicamento nuevo; ¿puede esto afectar mi tratamiento?** Sí, algunos medicamentos pueden hacerlo más sensible a la luz. Verifique con su médico antes de iniciar cualquier medicamento nuevo.
- **¿Cómo funciona FlexRx?** FlexRx es una característica que cuenta el número de exposiciones que usted haya completado. Usted notará el número de exposiciones disponibles contando regresivamente con cada uso. Cuando le queden de 5-10 exposiciones, comuníquese a la oficina de su médico para que le den un "código" de resurtido.
- **¿Qué debo hacer si la condición de mi piel se aclara?** Una vez que su piel se haya aclarado, usted podrá ya sea tomar un descanso de la terapia o cambiar a un programa de tratamiento menos frecuente. Llame para obtener asesoría. Si necesita reanudar el tratamiento otra vez, es importante que INICIE usted con su tiempo original (ver la página 1) y NO con los tiempos más largos con los que terminó su terapia.

Otra información útil:

- **Consulte su manual o llame a la línea de apoyo técnico de Phothera si tiene preguntas acerca de cómo operar su dispositivo.** Llame directamente al equipo de apoyo al 216. 831.0600 y siga las indicaciones - ó- envíenos un correo electrónico a: info@phothera.com
- **Use el registro de tratamiento en este paquete o un diario similar.** Mantenga un registro de su terapia y llévelo con usted a sus citas de seguimiento.
- **¡No espere hasta que se le hayan acabado sus exposiciones para llamar y obtener un resurtido!** Llame o envíe un correo electrónico a su médico o enfermera para un resurtido mientras todavía tenga de 5 a 10 exposiciones para evitar cualquier interrupción en su terapia.

Al aceptar la entrega de su unidad de fototerapia prescrita para uso en casa, 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, informaré a mi médico de cualquier cambio en mis medicamentos, y tendré un examen de piel del cuerpo completo por lo menos una vez al año.
- Usaré mi unidad de fototerapia en casa solamente 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) como se indicó.
- Llamaré a mi médico inmediatamente si desarrollo una quemadura, coloración rojiza, empeoramiento de mi psoriasis (u otra condición), cambios en lesiones de la piel tales como lunares, o cualquier otro problema que pueda relacionarse a mi terapia.
- Registraré mis tiempos de tratamiento y resultados 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.) | ¿Cuánto tiempo duraron sus síntomas? |
|---------|--------------------|-------------|--|--------------------------------------|
| example | 1 | 40 segundos | Sin ardor, ligero picor después del tratamiento. | 0 horas |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |