

### Ocena zaawansowania łuszczycy - BSA

Chory .....  
*imię i nazwisko*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*nr PESEL*

Nr historii choroby pacjenta

Data oceny BSA:     
*dzień miesiąc rok*

Ocena powierzchni ciała zajętej przez zmiany łuszczycowe (BSA – *Body Surface Area*)  
(Uwaga: pełna powierzchnia dłoni ręki pacjenta odpowiada w przybliżeniu 1% powierzchni ciała).

Okolica ciała	Maksymalna powierzchnia		BSA
Głowa i szyja	9%		<input type="text"/> %
Prawa kończyna górna	9%		<input type="text"/> %
Lewa kończyna górna	9%		<input type="text"/> %
Klatka piersiowa	9%		<input type="text"/> %
Brzuch	9%		<input type="text"/> %
Górna część pleców	9%		<input type="text"/> %
Dolna część pleców	9%		<input type="text"/> %
Prawe udo	9%		<input type="text"/> %
Lewe udo	9%		<input type="text"/> %
Prawe podudzie	9%		<input type="text"/> %
Lewe podudzie	9%		<input type="text"/> %
Zewnętrzne narządy płciowe	1%		<input type="text"/> %
Razem	100%	<b>BSA całkowite</b>	<input type="text"/> %

.....

podpis i pieczęć lekarza leczącego