



INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento de ARTRITIS IDEOPATICA JUVENIL SISTEMICA, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, en las oficinas de atención al socio.

Documentación a presentar:

1. Receta médica legible sin enmiendas ni tachaduras y deberá contener: apellido y nombre del afiliado, fecha, Obra social, N° de afiliado, DNI, diagnóstico, nombre de la droga prescrita, con dosis, tipo de presentación, cantidad de envases en letra y número y firma y sello del médico especialista tratante.
2. Consentimiento informado completo firmado por el médico especialista y el paciente o su tutor.
3. Formulario S33 (Resumen de historia clínica): que debe completar el médico especialista tratante.
Solo se recibirán en las oficinas de atención al socio aquellos formularios que estén completos en su totalidad, con letra clara, legible sin enmiendas ni tachaduras SIN EXCEPCION.
4. Fotocopia de todos los estudios realizados para arribar al diagnóstico: laboratorio con las siguientes determinaciones: proteína C reactiva, Factor Reumatoideo/latex para AR, biopsia de piel y estudios por imágenes (RX, RMN) etc.

Importante:

1. La recepción de la documentación solicitada arriba no implica la aprobación del tratamiento. Auditoría Médica evaluará la misma y podrá solicitar su ampliación en caso de considerarlo necesario.
2. Luego de la autorización por parte de Auditoría Médica, deberá presentar una receta por mes de tratamiento, contemplando realizar el pedido de medicación 10 días hábiles anteriores a la fecha necesaria.
3. Actualización del formulario S33 (resumen de historia clínica) y los estudios cada seis (6) meses.
4. En caso de cambio de tratamiento presentar nuevo resumen de historia clínica y nuevo consentimiento informado en original, más fotocopia de actualización de los estudios realizados.

La información que se incluya en los formularios será considerada confidencial según Normas y Principios vigentes.

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL

Estimado afiliado recuerde que debe presentar en las oficinas de atención al socio éste formulario completo por su médico tratante en original y adjuntar fotocopia de los estudios realizados. Deberá actualizarlo cada 6 meses ó cambio de medicación/tratamiento (Formulario más estudios).

Fecha: / /

Nombre y Apellido:

N° de Beneficiario: D.N.I.:..... Sexo: F / M

Fecha de diagnóstico de la patología: /..... /..... Edad a la fecha del diagnóstico: años

Indicar con una (X) según corresponda:

Inicio de tratamiento Continuidad de tratamiento Cambio de tratamiento

DETALLE DEL CUADRO CLINICO Y ESTADO FUNCIONAL ACTUAL

.....

Insuficiencia respiratoria NO SI CFR:.....
 Insuficiencia cardiaca NO SI
 Insuficiencia renal crónica NO SI
 Hepatopatías NO SI ACLARAR:.....
 Deterioro cognitivo NO SI

CRITERIOS DE EVALUACION DE ACTIVIDAD (Marcar según corresponda)

ACR 20 American College of Rheumatology Response SI NO
 ACR 50 American College of Rheumatology Response SI NO
 ACR 70 American College of Rheumatology Response SI NO
 DEAMBULA SI NO ASEO PROPIO SI NO ESCRIBE SI NO

TRATAMIENTOS PREVIOS

METOTREXATO LEFLUNOMIDA SULFASALAZINA HIDROXICLOROQUINA CANAKINUMAB
 ADALIMUMAB ABATACEPT TOCILIZUMAB ETANERCEPT OTROS, ESPECIFICAR DEBAJO

.....
 Respuesta al tratamiento previo. Especificar motivo si discontinuó y fecha.....

PROGRESION DE LA ENFERMEDAD

NO SI

FORMULARIO S33

PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO

Peso: Kg. Talla..... cm

Nombre genérico de la droga	Presentación dosis Mg	Dosis diaria	Cantidad envases por mes	Nombre genérico de la droga	Presentación dosis Mg	Dosis diaria	Cantidad envases por mes
Abatacept				Metrotexato			
Adalimumab				Rituximab			
Baricitinib				Sarilumab			
Canakinumab				Sulfadiazina			
Certolizumab				Tocilizumab			
Certolizumab pegol				Tofacitinib			
Etanercept				Infliximab			
Golimumab				Tofacitinib			
Otro:.....							
Otro:.....							

Fecha de inicio del tratamiento: /..... /.....

Fundamentación del tratamiento propuesto:

.....

.....

EFFECTOS ADVERSOS (marcar si corresponde)

Eventos cardíacos	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Reacción alérgica	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Infecciones bacterianas	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Toxicidad pulmonar	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Hepatotoxicidad	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Otro:		

Datos del médico tratante:.....

Teléfono:..... Institución:.....

.....
Firma y sello Auditor Médico

.....
Firma, sello y Matrícula Médico especialista

SCORE DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD (Disease Activity Score-JADAS 27)

FECHA:/...../.....

Nombre y Apellido:

Nº de Beneficiario: D.N.I.:..... Teléfonos:.....

Indicar con una X

1)- ¿Cómo se encuentra su artritis, en comparación con la última consulta?

Mucho mejor		Algo mejor		Igual		Algo peor		Mucho peor
-------------	--	------------	--	-------	--	-----------	--	------------

2)- ¿En la siguiente escala de 0 (nada de dolor) a 10 (mucho dolor), indique cuánto dolor ha notado durante la última semana?

Nada de dolor - - - - - - - - - - - Mucho dolor

3)- A causa de la enfermedad: indicar con una X si necesita ó no asistencia de otra persona para:

Higiene personal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Vestirse	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Levantarse de la cama ó de la silla	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Agarrar ó abrir cosas	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Comer	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
¿Utiliza asiento ó barra especial para el baño?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Utiliza bastón, muleta, andador ó silla de ruedas?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

Evaluación global de la enfermedad

Muy bien - - - - - - - - - - - Muy mal

Articulaciones dolorosas	Articulaciones inflamadas
<p>ERS <input type="text"/> mm/h</p>	<p>PCR <input type="text"/></p>

JADAS 27

.....
Firma, sello y Matrícula Médico especialista

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA.....

Yo (apellido y nombre del paciente).....

D.N.I. N°.....entiendo y acepto lo que me ha informado mi médico tratante Dr./a

.....Matrícula N° como resultado de las

pruebas y estudios que he realizado, se ha obtenido el diagnóstico deque

requiere tratamiento de/con

.....
.....

para lo cual expreso mi satisfacción con la información recibida. Se me ha explicado la naturaleza de mi enfermedad, las características del tratamiento propuesto y las evidencias que avalan su empleo. He comprendido los beneficios, los riesgos, molestias ó efectos adversos derivados de su acción. Se me informó en forma sencilla y completa, he realizado preguntas y aclarado términos técnicos. He comprendido las condiciones, los objetivos del tratamiento y los cuidados que debo tener según la indicación de mi médico tratante y mi estado de salud.

FIRMA DEL PACIENTE

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

EN CASO DE TUTOR:

FIRMA TUTOR

ACLARACION

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

PARENTEZCO

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL