



INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos el tratamiento de ARTRITIS REUMATOIDEA O ARTRITIS PSORIASICA, 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 S15 (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. Estudios por imágenes (RX, RMN) etc. Si la patología es artritis psoriasica deberá presentar además de los puntos 1 a 4, biopsia de piel.

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 S15 (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 REUMATOIDEA O ARTRITIS PSORIASICA

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 nacimiento: /..... /..... Edad:..... Teléfonos:.....

DIAGNOSTICO (Marcar tipo de artritis según corresponda)

A. Reumatoidea A. Psoriásica Otra:.....

Fecha de diagnóstico de la patología: /..... /.....

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

DAS 28-CRP <2.6 Disease Activity Score utilizando proteína C reactiva SI NO

DAS 28-ESR <2.6 Disease Activity Score utilizando eritrosedimentación SI NO

DEAMBULA SI NO ASEO PROPIO SI NO ESCRIBE SI NO

TRATAMIENTOS PREVIOS

METOTREXATO LEFLUNOMIDA SULFASALAZINA HIDROXICLOROQUINA ABATACEPT

ADALIMJMAB BARICITINIB TOFANICITIB ETANERCEPT INFLIXIMAB

GOLIMUMAB RITUXIMAB SARILUMAB TOCILIZUMAB Otros:.....

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

PROGRESION DE LA ENFERMEDAD

NO SI

PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO

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			
Otros:.....							
Otros:.....							

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

Fundamentación del tratamiento propuesto:.....

.....

.....

.....

EFFECTOS ADVERSOS (marcar si corresponde)

Neutropenia NO SI Reacción alérgica NO SI

Infecciones bacterianas NO SI Toxicidad pulmonar NO SI

Hepatotoxicidad NO SI 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-DAS 28)

Varía de 0 (nula actividad de la enfermedad) y 10 (máxima actividad de la enfermedad)

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

Nombre y Apellido:

Nº de Beneficiario: D.N.I.:.....

Indicar con una X

1)- ¿Cómo se encuentra su artritis hoy, 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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

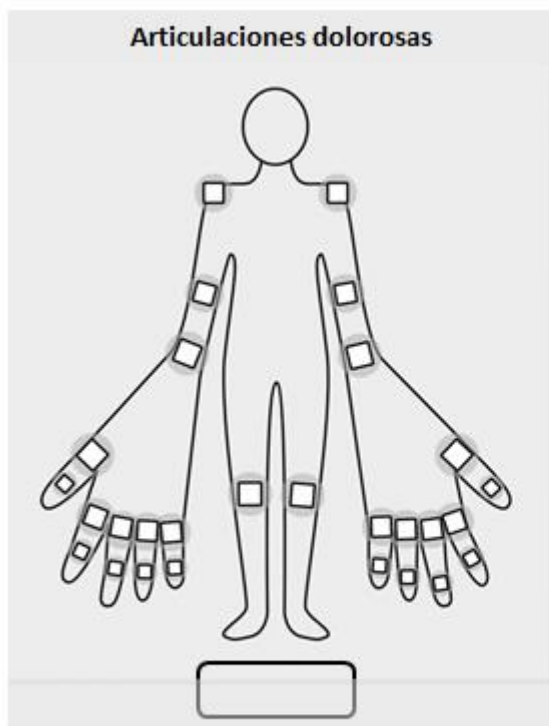
3)- A causa de la enfermedad: Indicar con una X según corresponda:

¿Necesita ayuda de otra persona para su higiene personal?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Necesita ayuda de otra persona para vestirse?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Necesita ayuda de otra persona para levantarse de la cama ó de la silla?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿Necesita ayuda de otra persona para comer?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿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"/>

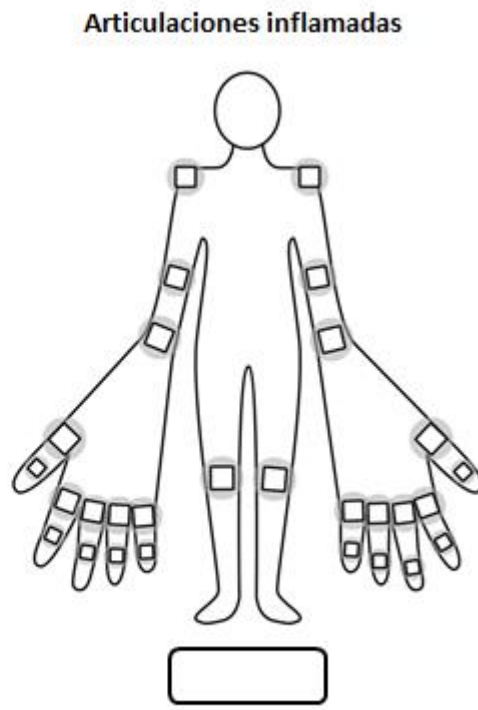
Evaluación global de la enfermedad efectuada por el médico

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



ERS mm/h



PCR

DAS 28

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