



INSTRUCTIVO PARA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa que, con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescritos para el tratamiento de ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, 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 S26 (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: HLA B27, VSG (eritrosedimentación) ó PCR proteína C reactiva, RX y RMN de columna sacroilíaca 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 S26 (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 ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

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:..... Peso:.....Kg. Talla:.....mts

DIAGNOSTICO

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 ESTUDIOS EFECTUADOS QUE FUNDAMENTAN EL DIAGNOSTICO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Estado funcional del paciente :

Insuficiencia respiratoria NO SI CFR:.....

Insuficiencia cardiaca NO SI

Uveitis NO SI

Hepatopatías NO SI ACLARAR:.....

DEAMBULA SI NO ASEO PROPIO SI NO ESCRIBE SI NO

TRATAMIENTOS PREVIOS

AINES CERTOLIZUMAB PEGOL UPADACITINIB SECUKINUMAB
ADALIMUMAB ETANERCEPT INFLIXIMAB GOLIMUMAB

Otros:.....

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

.....
.....
.....

PROGRESION DE LA ENFERMEDAD

NO SI

EFFECTOS ADVERSOS (marcar si corresponde)

Neutropenia NO SI Reacción alérgica NO SI
 Infecciones bacterianas NO SI Toxicidad pulmonar NO SI
 Hepatotoxicidad NO SI Otro:

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			
Otro:.....							
Otro:.....							

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

Fundamentación del tratamiento propuesto:.....

Datos del médico tratante:.....

Teléfono:..... Institución:.....

.....
 Firma y sello Auditor Médico

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

BASDAI

Por favor, marque con una X el recuadro que representa su respuesta (ejemplo 10)
 Todas las preguntas se refieren a **la última semana**.

1. ¿Cómo describiría el grado global de fatiga / cansancio que ha experimentado?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ausente					muy intensa					

2. ¿Cómo describiría el grado global de dolor en **cuello, espalda o caderas** debido a su enfermedad?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ausente					muy intenso					

3. ¿Cómo describiría el grado global de dolor-hinchazón **en otras articulaciones fuera de** cuello, espalda o caderas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ausente					muy intenso					

4. ¿Cómo describiría el grado global de malestar que ha tenido en zonas dolorosas al tacto o a la presión?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ausente					muy intenso					

5. ¿Cómo describiría el grado global de rigidez matutina que ha tenido al despertar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ausente					muy intensa					

6. ¿Cuánto tiempo dura su rigidez matutina tras despertarse?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0 horas			1 hora				2 horas o más			

BASDAI

.....
 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