

INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

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

Documentación a presentar:

- 1- Formulario de solicitud de medicamentos para pacientes crónicos con los datos completos.
- 2- Receta médica, que deberá contener datos del afiliado (nombre y apellido, N° de socio, edad), Diagnóstico, Obra Social, Nombre genérico del medicamento, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número, firma y sello del médico especialista tratante, fecha de prescripción.
- 3- Consentimiento informado firmado por el médico especialista y el paciente o su representante.

Estudios a presentar:

1. Laboratorio inmunológico especificando Factor Reumatoide (FR), Proteína C Reactiva (PCR) y Eritrosedimentación (ERS).
2. Informe DAS 28.
3. Estudios por Imágenes (informe de los mismos).

Importante:

- La documentación solo será recibida en las oficinas de atención al socio detalladas, en caso de estar completa.
- Toda la documentación deberá estar completa con letra clara, legible, imprenta, con la misma tinta, sin enmiendas ni corrector, firmadas, fechada y sellada por el médico especialista.
- En caso de cambio de tratamiento deberá entregar nuevamente todos los formularios.
- La receta médica será recibida siempre que esté dentro de los 30 días de su emisión.
- **La documentación a presentar será evaluada por auditoría Médica, quien podrá solicitar ampliación de documentación en caso de considerarlo necesario. Su recepción NO es condición suficiente para la aprobación del tratamiento.**
- Se recuerda a los afiliados que deben presentar la Actualización del Formulario de solicitud de medicamentos para pacientes crónicos cada 12 meses.

Formulario de solicitud de medicamentos para pacientes crónicos

Fecha...../...../.....

N° de Historia de Situación Terapéutica.....

DATOS DEL SOCIO

Apellido y Nombre.....

Plan.....N° de socio..... Edad (en años).....

Domicilio.....Localidad.....

Tel. particular.....Celular.....e-mail.....

PATOLOGIA	CIE10
ARTRITIS REUMATOIDEA	M06.9

TRATAMIENTO

Principio Activo	Potencia	Forma Farmacéutica	Dosis Diaria	Cantidad de envases/mes	Observaciones

DATOS DEL PROFESIONAL:

Apellido y Nombre.....

Matrícula.....T.E.....

Firma y sello del médico tratante:.....

Firma y sello del Auditor Medico interviniente.....

Firma y sello del Administrativo interviniente.....

Fecha inicio de la ST:/...../.....

Fecha finalización de la ST:/...../.....

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ARTRITIS

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)

AIJS ☐ Gotosa ☐ Psoriásica ☐ Reumatoidea ☐ Espondiloartritis ☐ E. anquilosante ☐

Fecha de diagnóstico: /..... /..... Clasificación CASPAR Puntaje total:

DETALLE DEL CUADRO CLINICO Y ESTUDIOS EFECTUADOS QUE FUNDAMENTAN EN DIAGNOSTICO

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

Estado funcional del paciente :

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 (Detallar drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas)

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

Respuesta al tratamiento previo:.....
.....
.....
.....

PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO

Nombre genérico de la droga	Presentación dosis Mg	Total días de tratamiento	Fecha suspensión	Nombre genérico de la droga	Presentación dosis Mg	Total días de tratamiento	Fecha suspensión
Abatacept				Metrotexato			
Adalimumab				Rituximab			
Baricitinib				Sarilumab			
Canakinumab				Sulfadiazina			
Certolizumab				Tocilizumab			
Certolizumab pegol				Tofacitinib			
Etanercept				Infliximab			
Golimumab				Tofacitinib			
Otro:							
Otro:							

Fundamentación del tratamiento propuesto:.....

.....

.....

.....

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:		

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)

PARA COMPLETAR POR EL PACIENTE

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

Nombre y Apellido:

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

Por favor, agradecemos responda las siguientes preguntas un día antes de la consulta con su reumatólogo.

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)- Indique con una X según corresponda:

¿Necesita ayuda de otra persona para su higiene personal? SI ☐ NO ☐

¿Necesita ayuda de otra persona para vestirse? SI ☐ NO ☐

¿Necesita ayuda de otra persona para levantarse de la cama ó de la silla? SI ☐ NO ☐

¿Necesita ayuda de otra persona para comer? SI ☐ NO ☐

¿Utiliza asiento ó barra especial para el baño? SI ☐ NO ☐

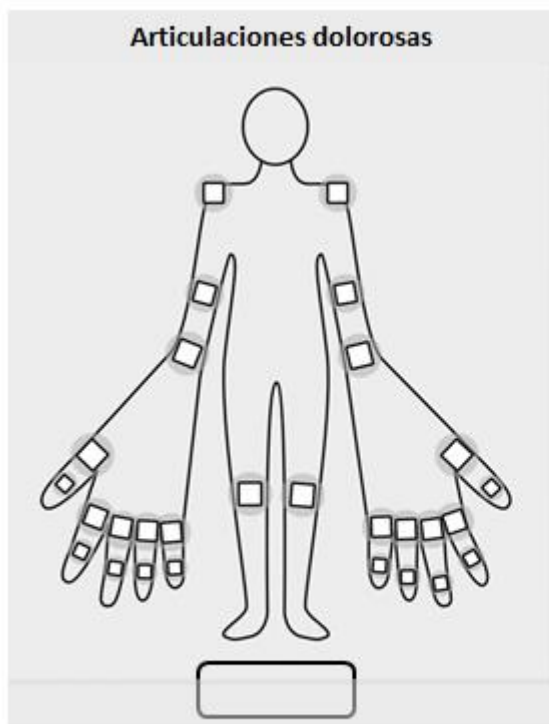
¿Utiliza bastón, muleta, andador ó silla de ruedas? SI ☐ NO ☐

PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO

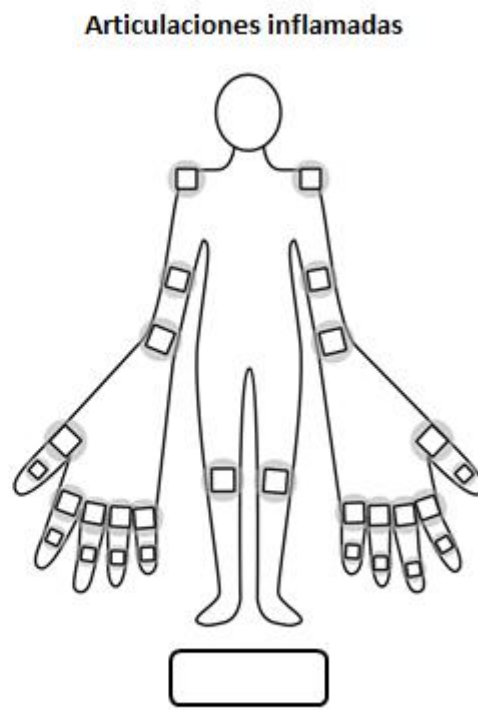
Evaluación global de la enfermedad efectuada por el médico

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