

## 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: ...../...../.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y Apellido del paciente..... me dirijo a ustedes a los efectos de manifestar mi total y absoluta conformidad del tratamiento de/ con:..... prescripto/s por mi médico/a tratante Dr./a.:....., Matrícula N°.....; expreso mi satisfacción con la información recibida por mi médico/a tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar todas mis dudas. He comprendido sobre las condiciones y objetivos del tratamiento utilizado, así como los riesgos y cuidados que debo tener según la indicación de mi médico tratante y mi estado de salud.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
TIPO Y N° DE DOCUMENTO

\_\_\_\_\_  
EN CASO DE TUTOR  
(ACLARAR PARENTEZCO)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

\_\_\_\_\_  
ACLARACION

\_\_\_\_\_  
SELLO DEL PROFESIONAL



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2019 - Año de la Exportación

**Informe**

Número: IF-2019-68685565-APN-SGE#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES  
Miércoles 31 de Julio de 2019

Referencia: ANEXO IV - RESOLUCION ARTRITIS REUMATOIDEA

---

**ANEXO I**

**FICHA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Fecha de diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Tratamiento específico:**

FAME	Fecha Inicio	Fecha suspensión
<b>I-Convencionales:</b>		
A: Metotrexato:		
B: Hidroxicloroquina		
C: Sulfadiazina		
D: Otro: cual? _____		

Fecha actual: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Criterios de evaluación de actividad

Criterio	NO	SI
DAS 28-CRP <2.6*		
DAS 28-ESR <2.6**		

\*Disease Activity Score – Utilizando Proteína C reactiva

\*\*Disease Activity Score – Utilizando Eritrosedimentación

Digitally signed by GESTIÓN DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE  
DN: cn=GESTIÓN DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE, o=AR, ou=SECRETARIA DE GOBIERNO DE MODERNIZACION,  
ou=SECRETARIA DE MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, serialNumber=CUI130715117054  
Date: 2019.07.21 12:24:49 -0300

Juan Pablo Denamiel  
Subjefe  
Subgerencia de Gestión Estratégica  
Superintendencia de Servicios de Salud

Digitally signed by GESTIÓN DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE  
DN: cn=GESTIÓN DOCUMENTAL ELECTRONICA - GDE, o=AR, ou=SECRETARIA DE GOBIERNO DE MODERNIZACION,  
ou=SECRETARIA DE MODERNIZACION ADMINISTRATIVA, serialNumber=CUI130715117054  
Date: 2019.07.21 12:24:50 -0300

**2-FAME sintéticos específico:**

Baricitinib

Tofacitinib.

**3-FAME biológicos:**

Abatacept

Adalimumab,

Certolizumab,

Etanercept,

Golimumab,

Infliximab,

Rituximab,

Tocilizumab,

Sarilumab