

PROTOCOLO DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Fecha:/...../.....

Datos personales

Apellido y Nombre:

Mail: Tel.: Cel:

DNI: Edad: Género:

Diagnóstico

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Diagnóstico según CIE 10

Código	Descripción

Fundamentación diagnóstica

Criterios Clínicos

Dolor lumbar mayor a 3 meses que mejora con el ejercicio y no cede con el reposo Si No

Limitación de la movilidad de la columna lumbar en los planos frontal y sagital Si No

Reducción de la expansión torácica corregida por edad y sexo Si No

Criterios radiológicos (Adjuntar informe)

Sacroilitis grado mayor a grado 2 Si No

Sacroilitis grado 3 - 4 unilateral Si No

Tratamiento Indicado

Droga

Adalimumab

Infliximab

Certolizumab Pegol

Otra (aclarar)

Etanercept

Primera línea Si No

Golimumab

Si no es primera línea, completar "Tratamientos Previos"

Dosis: _____ Frecuencia diaria: _____ Frecuencia mensual: _____

Tratamientos previos

Droga - Dosis - Tiempo Asociaciones Medicamentosas - Respuesta - Tolerancia - Adherencia

Drogas Dosis Tiempo Asociaciones Medicamentosas respuesta Tolerancia Adherencia

Historia clínica y detalle del cuadro clínico

Adjuntar estudios de diagnóstico y laboratorios inmunológicos

Médico Solicitante

Apellido y Nombre: _____ Matrícula nacional: N° _____

Mail: _____ Matrícula provincial: N° _____

Tel.: _____ Cel: _____ Firma y Sello:

INSTRUCTIVO DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

INICIO

- Prescripción médica de la medicación en **copia**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnostico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.**

El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.

- Protocolo de Espondilitis Anquilosante, en original y completo en todos los campos.
- Copia de informe de estudios de diagnóstico (Laboratorio inmunológico, etc.)
- Consentimiento informado, con detalle de toda la medicación indicada.

SEMESTRAL (Enero y Julio)

- Protocolo original (completo en todos sus campos)
- Actualización de estudios (copia)
- Es importante que la medicación solicitada durante el semestre concuerde con lo indicado por el médico en el Protocolo, caso contrario deberá acompañar el protocolo con un Justificativo por Bajo Consumo firmado por el médico.

CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO O AUMENTO DE DOSIS

- Prescripción médica de la medicación en **copia**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnostico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.**

El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.

- Protocolo de Espondilitis Anquilosante, en original y completo en todos los campos, en el cual se indique el motivo del cambio de esquema.
- Actualización de estudios.
- Consentimiento informado, con detalle de toda la medicación indicada.

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.
Trámite sujeto a Auditoría Médica.**