

PROTOCOLO ARTRITIS REUMATOIDEA

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

1 de 2

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Mail: Tel:

DNI: Edad:

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO (marcar con una X lo que corresponda)

Fecha de diagnóstico:/...../.....

- Presencia de al menos una articulación con sinovitis (inflamación) que no se explique por otra causa
- Puntaje de 6 o mayor en ACR/EULAR 2010.
- AR evolucionada que presenta
 - Erosiones típicas de AR;
 - Enfermedad de larga evolución (activa o inactiva) cuyos datos retrospectivos permitan la clasificación con los criterios mencionados.

TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS

Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación	Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación
Metotrexato				Golimumab			
Leflunomida				Infliximab			
Sulfasalazina				Rituximab			
Hidroxicloroquina				Sarilumab			
Abatacept				Tocilizumab			
Adalimumab				Tofacitinib			
Baricitinib				Upadacitinib			
Certolizumab Pegol				Otro			
Etanercept				Otro			

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (debe detallar antecedentes, estado actual y estatus funcional y fundamentos terapéuticos del tratamiento indicado)

- Artritis Reumatoidea Moderada
- Artritis Reumatoidea Grave
- Score DAS28 de inicio: _____
- Score DAS28 actual: _____

Firma y Sello:

PROTOCOLO ARTRITIS REUMATOIDEA

2 de 2

TRATAMIENTO SOLICITADO

Droga	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO ARTRITIS REUMATOIDEA

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

INICIO

- Protocolo Artritis Reumatoidea en original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Prescripción médica de la medicación en original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Estudios complementarios (informe de imágenes, laboratorio completo, laboratorio inmunológico, factor AR, etc.)
- Consentimiento informado.

PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo Artritis Reumatoidea en original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Actualización de estudios.
- Consentimiento informado.

CAMBIO DE TRATAMIENTO

- Protocolo Artritis Reumatoidea en original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Prescripción médica de la medicación en original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Actualización de estudios.
- Consentimiento informado.

**No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.
La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.**

Nombre y Apellido o SIGLA: _____ Firma: _____
Mail de contacto: _____ Teléfonos de contacto: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Nombre completo del paciente o Sigla

.....

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

.....

DNI

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

MEDICACIÓN: _____

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día de de, en la Ciudad de, Provincia de

Firma del Médico
Responsable

Aclaración

Tipo y N° de Matrícula

Firma del Paciente o
Representante Legal

Aclaración / Sigla

D.N.I.