

PROTOCOLO ARTRITIS PSORIÁSICA

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 enfermedad inflamatoria articular (periférica, espinal o entesítica) con
- Psoriasis actual o historia personal o familiar de psoriasis.
 - Distrofia psoriásica ungueal.
 - Test negativo para el factor reumatoideo determinado por cualquier método, excepto por látex.
 - Historia actual de dactilitis.
 - Evidencia radiológica de neoformación ósea yuxtaarticular.

TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS

Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación	Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación
Metotrexato				Infliximab			
Leflunomida				Secukinumab			
Sulfasalazina				Tofacitinib			
Adalimumab				Ustekinumab			
Abatacept				Guselkumab			
Apremilast				Ixekizumab			
Certolizumab Pegol				Upadacitinib			
Golimumab				Otro			
Etanercept				Otro			

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

Score DAS28 de inicio: _____ Score DAS28 actual: _____

Firma y Sello:

PROTOCOLO ARTRITIS PSORIÁSICA

2 de 2

TRATAMIENTO SOLICITADO

Monoterapia

Asociado a metotrexate

Droga	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO ARTRITIS PSORIÁSICA

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 Psoriásica 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 (biopsia de piel, informe de imágenes, laboratorio completo, laboratorio inmunológico).
- Consentimiento informado.

PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo Artritis Psoriásica 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 Psoriásica 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.