

PROTOCOLO ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

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

1 de 1

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:

Mail: Tel:

DNI: Edad:

DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Espondilitis Anquilosante Espondilitis Axial no radiográfica

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO (Tres criterios clínicos o un criterio radiológico sin otra causa que explique la patología)

Criterios clínicos

- Dolor lumbar mayor a 3 meses que mejora con el ejercicio y no cede con el reposo
- Limitación de la movilidad de la columna lumbar en los planos frontal y sagital
- Reducción de la expansión torácica corregida por edad y sexo.

Criterios radiológicos

- sacroilitis grado mayor a grado 2 bilateral
- sacroilitis grado 3-4 unilateral.

TRATAMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS

Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación	Droga	Fecha inicio	Fecha Suspensión	Motivo Discontinuación
AINES				Etanercept			
Adalimumab				Upadacitinib			
Certolizumab Pegol				Secukinumab			
Golimumab				Otro			
Infliximab				Otro			

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

• BASDAI inicio: _____ • BASDAI actual: _____

TRATAMIENTO SOLICITADO

Droga	Dosis	Frecuencia	Fecha de inicio

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO 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

- Protocolo Espondilitis Anquilosante, 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.
- Consentimiento informado.
- Estudios complementarios para arribar al diagnóstico.
 - HLA B27
 - VSG -eritrosedimentación-.
 - PCR -proteína C reactiva-.
 - Radiografía simple de columna sacroilíaca.
 - Resonancia magnética sacroilíaca.

PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo Espondilitis Anquilosante 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 Espondilitis Anquilosante, 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.
- Consentimiento informado.
- Actualización de estudios.

**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.