

Artritis Reumatoidea

1º. Formulario "ARTRITIS REUMATOIDEA". Los mismos también están disponibles en la DAS o a través de la página web www.das.gob.ar

2º. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos: • Adalimumab • Abatacept • Etanercept • Rituximab • Infliximab • Tocilizumab • Baricitinib • Certolizumab Pegol • Tofacitinib • Golimumab • Sarilumab

Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.

3º. En el "FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA", complete Ud. con letra clara TODOS los datos solicitados en la sección A) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

4º. Su médico de cartilla u hospital público debe ser ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA. El mismo debe completar el formulario **con un breve resumen de historia clínica** con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario.

A continuación, el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello.

Su médico debe informarle los datos que Ud. necesita saber sobre su tratamiento.

5º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en punto 6, deberá realizarse a través del mail contacto@das.gob.ar o en forma personal en la DAS.

6º. Documentación que debe presentar:

- Formulario completo, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
- Copia del informe de los estudios complementarios para el diagnóstico (último laboratorio que incluya Eritrisedimentación, Factor reumatoideo, PCR y dosaje de anticuerpos anti citrulina, informe de radiología, marcadores inmunológicos, etc.).
- Receta médica del medicamento, según se especifica en el punto 3º.

7º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación, en las siguientes direcciones de mail,

8º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento cada 4 meses (este trámite puede demorar hasta 15 días)

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA

A) Sr/a. AFILADO: COMPLETE TODOS LOS DATOS SOLICITADOS A CONTINUACIÓN

Nombre y apellido del paciente:	
Número de afiliado del titular:	DNI del titular
Teléfonos de contacto:	Domicilio:
Correo electrónico de contacto:	
Fecha de nacimiento del paciente:	Edad:
Firma del solicitante:	Aclaración de la firma:

DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE (EXCLUYENTE)

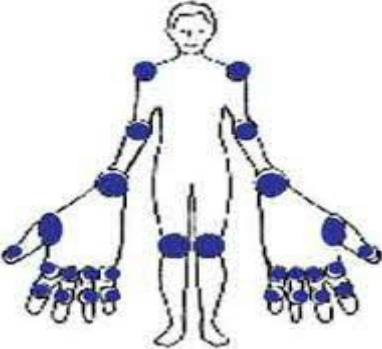
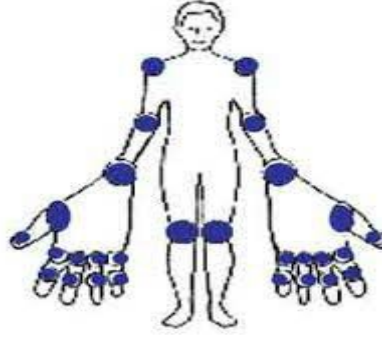
Apellido y Nombre:**Matricula Nacional:**.....

Teléfonos Para contacto:.....**Email:**.....

B) ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO DE CARTILLA O DE HOSPITAL PÚBLICO TRATANTE

Resumen de historia clínica del paciente	
.....	
.....	
.....	
Diagnóstico según clasificación:	
¿El/La paciente presenta dolor? SI / NO	
Intensidad promedio del dolor: /10	
¿En qué regiones presentan dolor?	
¿El/La paciente presenta otros signos de actividad de su enfermedad? SI / NO	
¿Cuáles?	

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

Articulaciones actualmente edematizadas	Articulaciones actualmente dolorosas
	
Total, edematizadas=	Total, dolorosas=
¿Cuál es el índice DAS28 calculado actual? =	

Por favor, realice un círculo en los criterios que presentó en la evolución el/la paciente durante la enfermedad (fundamento diagnóstico):

- a) Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas.
- b) Tumefacción articular o derrame durante al menos 6 semanas consecutivas, de tres o más de las siguientes áreas articulares: interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñeca, codo, rodilla, tobillo y metatarsofalángicas (MTF).
- c) Tumefacción articular o derrame articular en carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas.
- d) Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones referidas en el punto b, durante al menos 6 semanas consecutivas.
- e) Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares.
- f) Presencia de factor reumatoideo (FR).
- g) Evidencia radiográfica en las manos o en los carpos de erosiones articulares u osteopenia en las articulaciones afectadas.

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

LABORATORIO					
Hto		FR		ESD	
Leucocitos		FAN		Látex	
C4		TSH		CT	
C3					
Otros marcadores inmunológicos (anti-citrulina, etc):.....					

Descripción de la última radiografía de tórax	Fecha

El/La paciente, ¿ha recibido otros tratamientos? Por favor, háganos saber cuáles.

Medicamentos utilizados y asociaciones	Dosis máxima alcanzada	Tiempo de tratamiento	de Respuesta observada	Motivo de suspensión

Si no ha recibido medicamentos modificadores de enfermedad (DARMDS o FAME), por favor explique la razón:.....

.....

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
 TEL. 0810-222-0317
 EMAIL: contacto@das.gob.ar

Medicación que solicita actualmente para su paciente como vía de excepción en el tratamiento de la artritis reumatoidea:

Nombre genérico:	Presentación:
Dosis diaria:	Dosis mensual:
Tiempo estimado de tratamiento:	Peso: Altura:

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente. Por favor, aclare con qué dosis ha logrado una respuesta deseable:

.....

A continuación, complete la sección del medicamento que corresponde únicamente según su prescripción con el fin de completar el fundamento terapéutico:

• **ADALIMUMAB**

Ud está indicando Adalimumab... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Como monoterapia o en combinación con metotrexato por enfermedad activa en un adulto, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada. **SI NO**

• **ABATACEPT**

Ud está indicando Abatacept porque su paciente cumple el siguiente criterio (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Paciente adulto con necesidad de tratamiento de artritis reumatoide activa grave que ha presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), incluyendo uno o más tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF: infliximab, etanercept, adalimumab). **SI NO**

• **ETANERCEPT**

Ud está indicando Etanercept (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda): como monoterapia o en combinación con metotrexato por enfermedad activa en un adulto, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada. **SI NO**

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
 TEL. 0810-222-0317
 EMAIL: contacto@das.gob.ar

• **INFLIXIMAB**

Ud está indicando Infliximab (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Como monoterapia o en combinación con metotrexato por enfermedad activa en un adulto, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada. **SI NO**

• **RITUXIMAB**

Ud está indicando Rituximab porque su paciente cumple el siguiente criterio (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Paciente adulto con necesidad de tratamiento de artritis reumatoide activa grave que ha presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), incluyendo uno o más tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF: infliximab, etanercept, adalimumab). **SI NO**

• **TOCILIZUMAB**

Ud está indicando Golimumab porque su paciente cumple el siguiente criterio (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Paciente adulto para el tratamiento de artritis reumatoide activa grave que ha presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME). **SI NO**

• **TOFACITINIB**

Ud está indicando Tofacitinib ya que su paciente es adulto cumple el siguiente criterio (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Presenta una artritis reumatoide activa grave que ha presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME). El Tofacitinib será monoterapia o asociado a metotrexate, no pudiendo administrarse en forma conjunta con fármacos biológicos o inmunosupresores potente. **SI NO**

• **CERTOLIZUMAB PEGOL**

Ud está indicando Certolizumab Pegol ya que su paciente es adulto. (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda)

para el tratamiento de artritis Reumatoidea actividad grave en un adulto presentando una respuesta inadecuada O intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME). **SI NO**

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

• **BARICITINIB**

Ud está indicando baricitinib ya que su paciente es adulto. (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Para el tratamiento de artritis Reumatoidea de actividad moderada a severa en adulto presentando una respuesta inadecuada O intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) **SI NO**

• **SARILUMAB**

Ud está indicando sarilumab ya que su paciente es adulto. (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Para el tratamiento de artritis Reumatoidea activa moderada a severa en un adulto presentando una respuesta inadecuada O intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) o inhibidores del factor de necrosis tumoral, administrado en combinación con FARME o como monoterapia. **SI NO**

Firma del médico Reumatólogo

Sello

Fecha

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires
TEL. 0810-222-0317
EMAIL: contacto@das.gob.ar

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Que el Dr/a....., MN..... especialista en, me ha informado de forma comprensible acerca del tratamiento con (indicar los nombres genéricos del/ de los medicamentos terapéuticos) para la enfermedad o problema (consignar diagnóstico) Verbalmente me fue informado sobre los posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento; los posibles riesgos, efectos adversos y/o secundarios (incluyendo riesgos para mujeres embarazadas o en período de lactancia); las posibles alternativas terapéuticas; los posibles resultados si no se toma/aplica la medicación recomendada y la posibilidad de que el tratamiento requiera ajuste de dosis en el tiempo; asimismo he sido informado sobre el derecho a participar activamente sobre la prescripción discutiendo inquietudes o preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la medicación citada. El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual se me facilita una copia.

En a losdías del mes dede 20.....

Firma:

(Paciente/Representante/s legal/es)

Firma:.....

(Médico) Aclaración: Sello: