

## 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](http://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](mailto: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](mailto: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**

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

**DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE (EXCLUYENTE )**

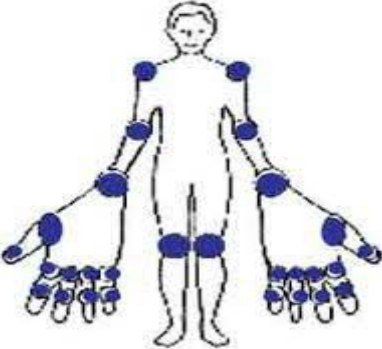
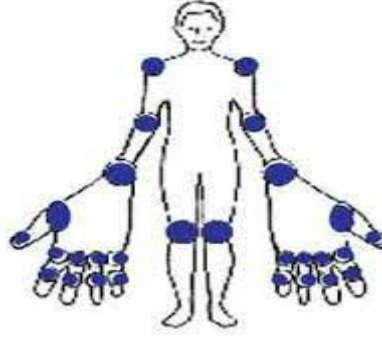
**Apellido y Nombre:** .....**Matricula Nacional:**.....

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

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

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

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: <span style="float: right;">Altura:</span>

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 los .....días del mes de .....de 20.....

Firma: .....

(Paciente/Representante/s legal/es)

Firma:.....

(Médico) Aclaración: Sello: