













• **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: