

PROTOCOLO DE ARTRITIS REUMATOIDEA OSOEFERNYN

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

Datos personales

Apellido y Nombre:

Mail: Tel.: Cel.:

DNI: Edad: Género:

Diagnóstico

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Diagnóstico según CIE 10

Código Descripción

Código	Descripción

Fundamento Diagnóstico (marcar todas las manifestaciones que correspondan)

- 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:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Interfalángicas proximales (IFP) | <input type="checkbox"/> Rodilla |
| <input type="checkbox"/> Metacarpofalángicas (MCF) | <input type="checkbox"/> Tobillo |
| <input type="checkbox"/> Muñeca | <input type="checkbox"/> Metatarsofalángicas (MTF) |
| <input type="checkbox"/> Codo | |
- 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.

Tratamiento indicado

Fundamento	Droga	Dosis / Frecuencia semanal
AR activa moderada a grave, en combinación con metotrexato, que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros FAME, los cuales pueden incluir también uno o más tratamientos con inhibidores del TNF (infiximab, etanercept, adalimumab).	Abatacept	
AR activa grave que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros FAME.	Golimumab	
Como monoterapia o en combinación con metotrexato en pacientes adultos con enfermedad activa, cuando la respuesta a los FAMES, incluido el metotrexato, ha sido inadecuada.	Etanercept	
En combinación con metotrexato en pacientes adultos con enfermedad activa, cuando la respuesta a ARME, incluido el metotrexato, ha sido inadecuada. Pacientes adultos con enfermedad grave, activa y progresiva no tratados previamente con metotrexato u otros FAME, también en combinación con metotrexato.	Infiximab	
En combinación con metotrexato, está indicado en pacientes adultos para el tratamiento de AR activa grave que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros FAMES, los cuales pueden incluir también uno o más tratamientos con inhibidores del TNF (infiximab, etanercept, adalimumab).	Rituximab	
Pacientes adultos para el tratamiento de AR activa moderada o grave que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros FAMES, los cuales pueden incluir también uno o más tratamientos con inhibidores del TNF (infiximab, etanercept, adalimumab) en combinación con metotrexato o en monoterapia cuando el uso de metotrexato no sea posible.	Tocilizumab	
Pacientes adultos para el tratamiento de AR activa grave que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros FAME. Puede utilizarse en monoterapia o asociado a metotrexato, no pudiendo administrarse en forma conjunta con fármacos biológicos o inmunosupresores potentes	Tofacitinib	
Como monoterapia o en combinación con metotrexato en pacientes adultos con enfermedad activa, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (ARME), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada	Adalimumab	
Pacientes adultos para el tratamiento de AR activa grave que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros FAME	Certolizumab Pegol	
Otra (aclarar)		

¿Es tratamiento de primera línea?

Tratamientos previos

NO

SI

Droga - Dosis - Tiempo - Asociaciones medicamentosas - Respuesta - Tolerancia - Adherencia

El presente protocolo debe estar completo en todos sus campos y acompañado, para los casos de inicio de tratamiento o cambio de esquema, del consentimiento informado, estudios de diagnóstico (laboratorio inmunológico e informes de imágenes) y un breve resumen de historia clínica. Para los casos de continuidad, el presente protocolo se presenta semestralmente, cada enero y cada julio.

Médico Solicitante

Apellido y Nombre: _____

Matrícula nacional: N° _____

Mail: _____

Matrícula provincial: N° _____

Tel.: _____ Cel.: _____

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO DE ARTRITIS REUMATOIDEA OSOEFRNYN

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

INICIO

- Prescripción médica de la medicación **en original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. 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.
- Protocolo Artritis Reumatoidea, en original y completo en todos los campos.
- Formulario DAS28 y cuestionario HAQ
- Copia de informe de estudios de diagnóstico: Laboratorio Inmunológico de diagnóstico (debe indicar Factor Reumatoide, o Test de Látex o CCP), copia de Informe de Placa Radiológica.
- Resumen de Historia Clínica (relato del médico tratante donde indique fecha de inicio, antecedentes de la patología, evolución, con firma, sello y fecha vigente) en original
- Consentimiento informado.

SEMESTRAL (Enero y Julio)

- Protocolo de Continuidad Artritis Reumatoidea, en original y completo en todos los campos.
- Copias de informes de estudios actualizados.
- Es importante que la medicación solicitada durante el semestre concuerde con lo indicado por el médico en el Protocolo.

CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO O AUMENTO DE DOSIS

- Prescripción médica de la medicación **en original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. 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.
- Protocolo Artritis Reumatoidea, en original y completo en todos los campos.
- Actualización de estudios.
- Resumen de Historia Clínica (relato del médico tratante donde indique el motivo del cambio de esquema de tratamiento o aumento de dosis) en original
- Consentimiento informado.

Los datos son obligatorios y su ausencia impide el trámite de empadronamiento.

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.
Trámite sujeto a Auditoría Médica.**