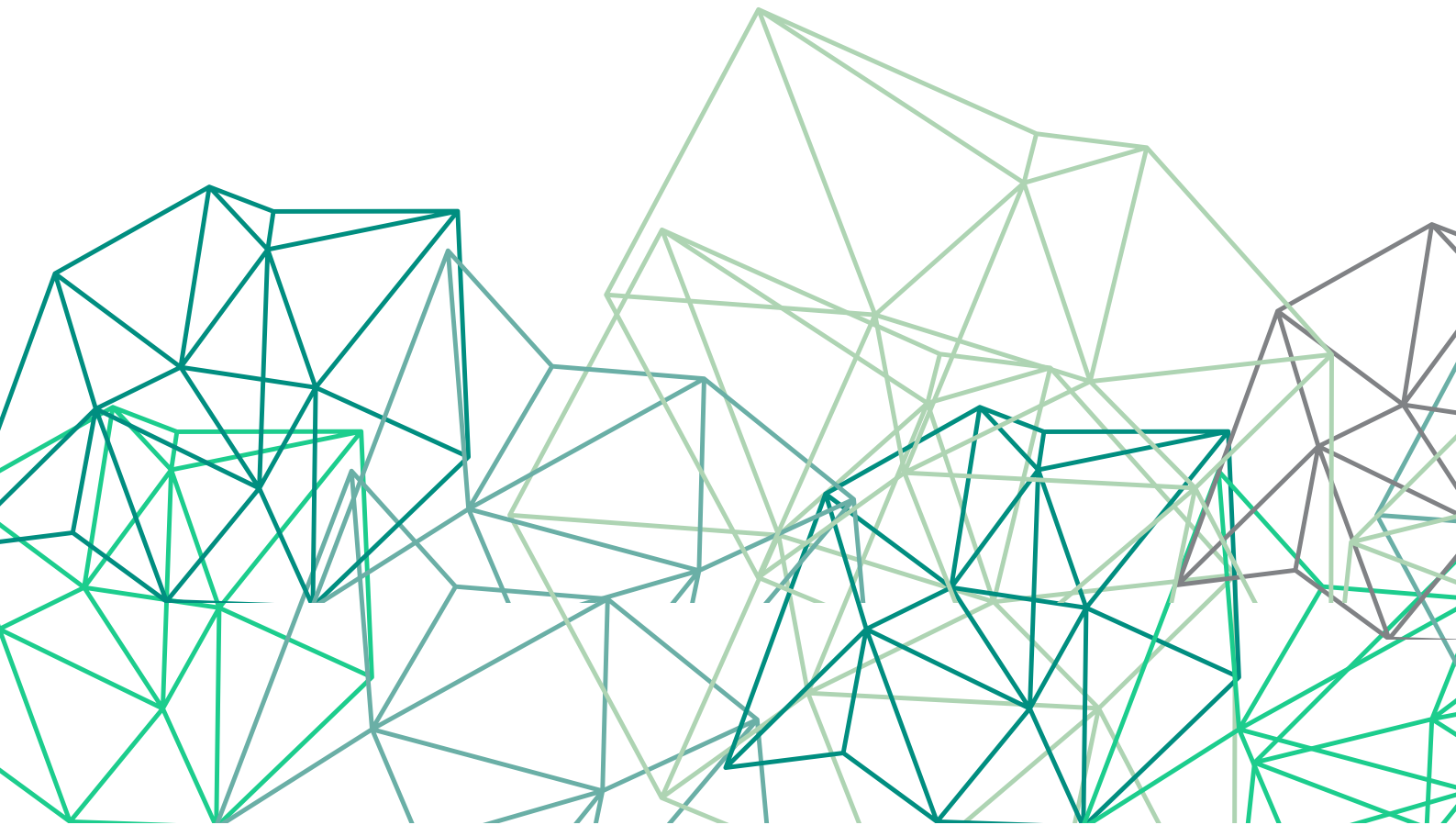


P R O T O C O L O
P R O V I S I Ó N
M E D I C A C I Ó N
A R



REQUISITOS NECESARIOS PARA LA PROVISIÓN DE MEDICACIÓN POR ARTRITIS REUMATOIDEA.

Documentación a presentar:

1. Pedido médico (RP) que indique nombre genérico de la droga, especificando dosis/unidad con detalle del grado de concentración. Se puede sugerir marca comercial.
2. Resumen de Historia Clínica (formulario adjunto).
3. Resultado de último laboratorio en donde se incluya: factor reumatoideo, VSG, PCR, y en caso de corresponder ANTI CCP y ANA (anticuerpos antinucleares)
4. Resultados de últimos estudios de las articulaciones afectadas. Por ejemplo: Ecografía, RNM (Resonancia magnética nuclear), radiografías, etc.

Aspectos obligatorios a cumplimentar:

A. ¿Cuándo debo presentar la documentación completa?

Se presenta en tres momentos diferentes.

- Comienzo de tratamiento
- Continuidad de tratamiento: **Se presenta en los meses de noviembre y abril**
- Cambio de esquema en la medicación: Esto incluye cuando se cambia de medicación o la dosis del actual medicamento.

B. ¿Cuánto tiempo requiere la gestión de mi pedido?

El tiempo estimado es de **10 días hábiles**. En caso de cualquier novedad, nos vamos a estar comunicando por vía telefónica o mail. Existe la posibilidad de que se le requiera que aporte otros datos médicos que nos fueron explicitados en el listado de requisitos.

C. ¿Dónde debo presentarla?

- En nuestras oficinas de Atención personalizada
- Vía mail a recuperosur@metmedicinaprivada.com La documentación debe estar escaneada de forma legible y completa. No se aceptan fotos, imágenes cortadas y/o borrosas. En el **asunto** deberás escribir **MEDICACION ARTRITIS REUMATOIDEA y DNI del paciente**

D. ¿Cómo es la cobertura?

El pedido será evaluado por medio de una auditoría médica para determinar la cobertura según normativa vigente del PMO. En caso de ser autorizado, recuerda que se brinda la droga solicitada y que la marca comercial puede no ser la sugerida en el pedido médico.

E. Una vez autorizada, ¿Cómo se brindaría la provisión de la medicación?

A través de un llamado, te informaremos los datos de la farmacia asignada.

Recuerda llevar el pedido médico original. No te recibirán fotos

IMPORTANTE A TENER EN CUENTA:

Antes de presentar, controle tener todos los requisitos y que el formulario se encuentre con toda la información indicada, de lo contrario, el proceso de auditoría y posterior provisión se verán demorados.

Resumen de Historia clínica

El formulario debe estar completo, firmado y sellado por profesional REUMATOLOGIA solicitante.

Datos del afiliado		
Nombre completo:		
DNI:	Fecha de nac:	Edad:
Diagnóstico		Fecha de diagnóstico:

Datos del profesional solicitante	
Nombre completo	MP:
Especialidad REUMATOLOGIA	ME:

Indique con una X la opción correspondiente

Artritis Reumatoidea Moderada	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoidea Grave	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

Colocar el puntaje en inicio y/o actual según corresponda.

Score DAS28 de inicio	<input type="text"/>	Score DAS28 actual	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------	--------------------	----------------------

Antecedentes y estado actual

debe detallar antecedentes, estado actual y estatus funcional.

.....
.....
.....
.....
.....

Firma médica:	sello médico:
----------------------	----------------------

Fundamento diagnóstico.

Indique con una X la opción correspondiente

- Presencia de articulación/es con sinovitis que no se explique por otra causa.
- Erosiones típicas de AR.
- Enfermedad de larga evolución (activa o inactiva) cuyos datos retrospectivos permitan la clasificación con los criterios mencionados.

Criterios de clasificación según ACR/EULAR 2010.

Según colegio Americano de Reumatología y Liga Europea contra el Reumatismo (ARC / EULAR 2010).

Afectación articular		Reactantes de fase aguda	
1 articulación grande	0	VSG y PCR normales	0
2 a 10 articulaciones grandes	1	VSG y/o PCR elevadas	1
1 a 3 articulaciones pequeñas	2		
4 a 10 articulaciones pequeñas	3		
Mas de 10 articulaciones pequeñas	4		

Serología		Duración	
FR y CCP negativos	0	< 6 semanas	0
FR y/o CPP positivos bajos (<3 Valor Normal)	2	>6 semanas	1
FR y/o CPP positivos alto (>3 VN)	3		

Score:

Detallar en caso de que la sinovitis se explique por otra causa:

Firma médica:

sello médico:

PLANILLA PARA EVALUAR PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDEA DAS 28

Esta planilla deberá ser completada por médico especialista en Reumatología.

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:		
	Izquierda Tumefacción	Dolor	Derecha Tumefacción	Dolor
Hombro				
Codo				
Muñeca				
MCF	1			
2				
3				
4				
5				
IFP	1			
2				
3				
4				
5				
Rodilla				
Subtotal				
Total	Tumefacción		Dolor	
No actividad de la enfermedad		Alta actividad de la enfermedad		
Tumefacción (0-28)				
Dolor (0-28)				
VHS (mm 1aH)				
EVA (0-100mm)				
DAS 28= 0,56 (t28) + (0,28*) (sw28)+ 0,70*Ln(ESR)+0,014*GH				

Cálculo del DAS 28:

Puede utilizarse con o sin evaluación global y en acuerdo a ello contar con tres ocuatroítems a volcar en dos fórmulas diferentes:

$$\text{DAS - 28 - 4 (4 variables)} = 0.56 (\sqrt{\text{N.A.D.-28}}) + 0.28 (\sqrt{\text{N.AT-28}}) + 0.70 (\ln \text{VSG}) + 0.014 (\text{E.G.P.})$$

$$\text{DAS - 28 - 3 (3 variables)} = 0.56 (\sqrt{\text{N.A.D. 28}}) + 0.28 (\sqrt{\text{NAT 28}}) + 0.70 (\ln \text{VSG}) \bar{1}.08+0.16$$

El rango del DAS 28 va de 0 a9.4.

Interpretación del DAS 28: DAS 28 ≤ 3.2 = baja actividad. / DAS 28 > 3.2 - ≤ 5.1 = moderada actividad. DAS 28 > 5.1 = alta actividad.

Firma médica:	sello médico:
----------------------	----------------------

CUESTIONARIO HAQ

El formulario debe estar completo, firmado y sellado por profesional REUMATOLOGIA solicitante.

Nombre y apellido:

Indique con una X la opción correspondiente

Vestirse y arreglarse / Puede usted:	Sin dificultad	Con algo de dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo
¿Vestirse solo, incluyendo atarse los zapatos y abotonarse la ropa?				
¿Lavarse el cabello?				
Levantarse / Puede usted:				
¿Levantarse de una silla sin ayudarse con los brazos?				
¿Entrar y salir de la cama?				
Comer / Puede usted:				
¿Cortar la carne?				
¿Levantar un vaso/taza y llevárselo a la boca?				
¿Abrir una caja de leche?				
Caminar / Puede usted:				
¿Caminar fuera de su casa, sobre un terreno plano?				
¿Subir 5 escalones?				

POR FAVOR MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES (Vestirse y Arreglarse, Levantarse, Comer, Caminar). Si no precisa ninguno, NO marque nada.

Bastón		Muletas		Cubiertos especiales	
Andador		Silla de ruedas		Silla especial adaptada	
Elementos que use para vestirse (abrochador de botones, calzador de zapatos de mango largo, etc)					

Firma médica:

sello médico Reumatología:

Higiene / Para usted:	Sin dificultad	Con algo de dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo
¿Lavarse y secarse su cuerpo?				
¿Bañarse en la bañera?				
¿Sentarse y levantarse del inodoro?				
Alcanzar / Para usted:				
¿Alcanzar y bajar un objeto de 2 kilos (como 2 bolsas de azúcar) Desde una altura por encima de su cabeza?				
¿Agacharse para levantar ropa del piso?				
Agarrar / puede usted:				
¿Abrir las puertas de un auto?				
¿Abrir frascos, no por primera vez, sino que ya hayan sido abiertos Previamente?				
¿Abrir y cerrar las canillas?				
Actividades / puede usted:				
¿Hacer mandados o ir de compras?				
¿Entrar y salir de un auto?				
¿Hacer tareas domésticas, como pasar la aspiradora, barrer, o limpiar un patio?				
MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA REALIZAR ESTAS ACTIVIDADES (Higiene, Alcanzar, Agarrar, Hacer tareas domésticas). Si no utiliza ninguno, NO marque nada				
Asiento elevado de inodoro		Barra en la bañera		Asiento en la bañera
Adaptaciones con mango largo para alcanzar objetos		Abridor de frascos		Adaptaciones con mango largo en el baño
Otros (aclarar):				

Firma médica:	sello médico Reumatología:

ESQUEMA TERAPEUTICO PREVIO

FAME CONVENCIONALES	FECHA DE INICIO	FECHA DE SUSPENCION	MOTIVO DE DISCONTINUIDAD
Metotrexato			
Hidroxicloroquina			
Leflunomida			
Sulfasalazina			
Otro:			
FAME SINTETICOS ESPECIFICOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE SUSPENCION	MOTIVO DE DISCONTINUIDAD
Baricitinib			
Tofacitinib			
FAME BIOLOGICOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE SUSPENCION	MOTIVO DE DISCONTINUIDAD
Abatacept			
Adalimumab			
Certolizumab pegol			
Etanercept			
Golimumab			
Infliximab			
Rituximab			
Tocilizumab			
Sarilumab			
Upadacitinib			
Otro:			

TRATAMIENTO SOLICITADO

<i>Nombre genérico de la droga</i>	<i>Presentación Dosis MG</i>	<i>Dosis diaria</i>	<i>Cantidad de envases por mes</i>

Firma médica:	sello médico Reumatología:
----------------------	-----------------------------------