

REQUISITOS NECESARIOS PARA PROVISIÓN DE MEDICACIÓN ESPECIAL PARA ARTRITIS PSORIÁSICA.

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. Protocolo y resumen de Historia Clínica (formulario adjunto).
3. Resultado biopsia de piel
4. En caso de haberse realizado, resultado de Proteinograma electroforético.

Aspectos obligatorios a cumplimentar:

A. ¿Cuándo debo presentar la documentación completa?

Se presenta en tres momentos diferentes.

- Comienzo de tratamiento
- Continuidad de tratamiento: Se debe presentar nuevamente de forma semestral. Nos comunicaremos con anticipación para notificarle el mes de presentación.
- 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 PSORIASICA 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.

El expediente original debe quedar en poder de afiliado.

| |
|------------------------------------|
| 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: |

| |
|---|
| Criterios de diagnóstico. (CASPAR) |
|---|

*Presencia de enfermedad inflamatoria articular (periférica, espinal o entesítica) con 3 o mas puntos en cualquiera de las 5 categorías siguientes:
(Indique con una X las opciones correspondientes)*

| | | |
|---|---------------------------------|--|
| PSORIASIS | Psoriasis actual (2 puntos) | |
| | Historia personal (1 punto) | |
| | Familiar de psoriasis (1 punto) | |
| Distrofia psoriásica ungueal (1 punto) | | |
| Test negativo para el factor reumatoideo determinado por cualquier método (excepto por latex) (1 punto) | | |
| Historia actual de dactilitis (1 punto) | | |
| Evidencia radiológica de neoformación ósea yuxtaarticular (1 punto) | | |

| |
|-------------------------------------|
| Antecedentes y estado actual |
|-------------------------------------|

debe detallar antecedentes, estado actual y estatus funcional.

| |
|-------|
| |
| |
| |
| |
| |

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

DISEASE ACTIVITY SCORE - DAS 28

A completar por médico especialista en Reumatología

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|----|--------------|
| Nombre completo del paciente: | | | | | Edad: | | | | | | |
| Dolor (marcar con una cruz): | | | | | | | | | | | |
| SIN DOLOR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | MAXIMO DOLOR |
| Numero de articulaciones dolorosas | | | | | | | | | | | |
| Numero de articulaciones inflamadas | | | | | | | | | | | |
| VSG (mm 1aH) | | | | | | | | | | | |
| PCR | | | | | | | | | | | |
| Resultado DAS 28 (actual) | | | | | | | | | | | |

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

| | | | |
|-----------------------|--|--------------------|--|
| Score DAS28 de inicio | | Score DAS28 actual | |
|-----------------------|--|--------------------|--|

ESQUEMA TERAPEUTICO PREVIO

| DROGA | FECHA DE INICIO | FECHA DE SUSPENSION | MOTIVO DE DISCONTINUIDAD |
|--------------------|-----------------|---------------------|--------------------------|
| Abatacept | | | |
| Adalimumab | | | |
| Apremilast | | | |
| Certolizumab pegol | | | |
| Etanercept | | | |
| Golimumab | | | |
| Guselkumab | | | |
| Infliximab | | | |
| Ixekizumab | | | |
| Leflunomida | | | |
| Metotrexato | | | |
| Secukinumab | | | |
| Sulfasalazina | | | |
| Tofacitinib | | | |
| Upadacitinib | | | |
| Ustekinumab | | | |
| Otro: | | | |

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

TRATAMIENTO SOLICITADO

Indique con una X la opción correspondiente

| | | | |
|-------------|--|------------------------|--|
| Monoterapia | | Asociado a Metotrexato | |
|-------------|--|------------------------|--|

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

Fundamentos terapéuticos

Fundamentos sobre la solicitud de la medicación.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

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