

REQUISITOS NECESARIOS PARA PROVISIÓN DE MEDICACIÓN ESPECIAL PARA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE.

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 de laboratorios por HLA B27, VSG (eritrosedimentación) ó PCR (proteína C reactiva).
4. Resultado de Resonancia magnética de columna sacroilíaca.
5. Radiografía simple de columna sacroilíaca.

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 ESPONDILITIS ANQUILOSANTE 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 REUMATOLOGO Y/O NEUROLOGO solicitante

Datos del afiliado

| | | | | |
|----------------------------------|---------------|----------------------------------|--|----------------|
| Nombre completo: | | | | |
| DNI: | Fecha de nac: | Edad: | Peso: | Talla: |
| VALOR VSG (eritrosedimentación): | | VALOR PCR (proteína C reactiva): | | VALOR HLA B27: |
| Diagnóstico: | | | Fecha de diagnóstico: <i>Colocar día, mes y año</i>/...../..... | |

Datos del profesional solicitante

| | |
|-----------------|-----|
| Nombre completo | MP: |
| Especialidad | ME: |

Detalle de cuadro clínico

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

Fundamento del diagnostico

Marque con una X la opción correspondiente

| | |
|---|--------------------------|
| Criterios clínicos | |
| Dolor lumbar mayor a 3 meses que mejora con el ejercicio y no cede con el reposo; | <input type="checkbox"/> |
| Limitación de la movilidad de la columna lumbar en los planos frontal y sagital; | <input type="checkbox"/> |
| Reducción de la expansión torácica corregida por edad y sexo. | <input type="checkbox"/> |
| Criterio radiológico | |
| Sacroilitis grado mayor a 2 bilateral | <input type="checkbox"/> |
| Sacroilitis grado 3-4 unilateral | <input type="checkbox"/> |

Esquema terapéutico previo

Marque con una X la opción correspondiente

| | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> AINES | <input type="checkbox"/> Adalimumab | <input type="checkbox"/> Certolizumab Pegol |
| <input type="checkbox"/> Golimumab | <input type="checkbox"/> Infliximab | <input type="checkbox"/> Etanercept |
| <input type="checkbox"/> Upadacitinib | <input type="checkbox"/> Secukinumab | Otro: <input type="checkbox"/> |

| | |
|----------------------|----------------------|
| Firma medica: | Sello médico: |
|----------------------|----------------------|

ESQUEMA DE TRATAMIENTO/MEDICACION SOLICITADA

Tratamiento / medicación solicitada

Completar el siguiente cuadro

| Fecha de inicio: | Ciclos / periodos estimados: | |
|--|-------------------------------------|----------------------------|
| Drogas genéricas (no marca comercial) | Dosis diaria | Modo de tratamiento |
| | | |
| | | |
| | | |

Justificación médica del uso de la medicación específica para el tratamiento solicitado

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

En caso de discontinuidad o cambio de tratamiento de otra medicación distinta a la antes mencionada detallar fecha de finalización de tratamiento y motivo de discontinuidad:

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

| | |
|----------------------|----------------------|
| Firma medica: | Sello médico: |
|----------------------|----------------------|

CUESTIONARIO BASDAI

Por favor, marque con un círculo la opción que mejor represente su situación.

1. ¿Cómo describiría el grado global de fatiga / cansancio que ha experimentado?

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ausente | | | | | | | | | | muy intensa |

2. ¿Cómo describiría el grado global de dolor en **cuello, espalda o caderas** debido a su enfermedad?

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ausente | | | | | | | | | | muy intenso |

3. ¿Cómo describiría el grado global de dolor-hinchazón en **otras articulaciones fuera de** cuello, espalda o caderas?

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ausente | | | | | | | | | | muy intenso |

4. ¿Cómo describiría el grado global de malestar que ha tenido en zonas dolorosas al tacto o a la presión?

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ausente | | | | | | | | | | muy intenso |

5. ¿Cómo describiría el grado global de rigidez matutina que ha tenido al despertar?

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| ausente | | | | | | | | | | muy intensa |

6. ¿Cuánto tiempo dura su rigidez matutina tras despertarse?

| | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|---|---|-----------|---|---|---|---|------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 0 horas | | | | | 1 hora | | | | | 2 horas o más |

| | |
|---------------|---------------|
| Firma médica: | Sello médico: |
|---------------|---------------|

CUESTIONARIO BASDAI

A continuación, se le indicaran una serie de actividades, por favor, nuevamente marque con un círculo el número que mejor describa su situación.

Ponerse los calcetines o medias sin la ayuda.

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

Recoger un bolígrafo del suelo sin ayuda, inclinándose hacia adelante (doblando la cintura).

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

Coger de una estantería un objeto situado por encima de su cabeza, sin ayuda.

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

Levantarse de una silla sin apoyar las manos ni utilizar ninguna otra ayuda.

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

Estar acostado sobre la espalda y levantarse del suelo sin ayuda.

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

Estar a pie firme sin apoyarse en nada durante 10 minutos y no tener molestias.

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

Subir 12 ó 15 escalones sin agarrarse al pasamanos ni usar bastón o muletas (poniendo un pie en cada escalón).

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

Mirarse un hombro girando sólo el cuello (sin girar el cuerpo).

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

Realizar actividades que supongan un esfuerzo físico como ejercicios de rehabilitación, trabajos de jardinería o deportes.

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

Realizar actividades que requieran dedicación plena durante todo el día (en casa o en el trabajo).

Fácil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Imposible

CALIFICACION TOTAL SEGÚN BASDAI ACTUAL

CALIFICACION TOTAL SEGÚN BASDAI INICIAL

Firma medica:

Sello médico: