



REGISTRO ARTRITIS REUMATOIDE

Agentes Biológicos

FORMULARIO DE SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN

TIPO de EMPADRONAMIENTO	INICIO Fecha / /		
	CAMBIO DE ESQUEMA Fecha / /	Por toxicidad	Por fallo terapéutico

FECHA DE DIAGNÓSTICO / /
----------------------	-----------------------

DATOS DEL PACIENTE	Nombre y Apellido		
	N° Afiliado DOS /	Directo	Indirecto <input type="checkbox"/>
	Edad:	Sexo: F M	Fecha de nacimiento:	
	Domicilio.....			
	Teléfono..... Celular.....			

MÉDICO REUMATÓLOGO	Matrícula:.....	Teléfono.....
	Domicilio de Atención:.....	
	Horario de atención:..... e-mail:	

REQUISITOS A ADJUNTAR	Rutina de Laboratorio Hemograma completo
	Eritrosedimentación VSG
	Proteína c Reactiva PCR
	Serología para: Hepatitis B y C, , HIV
	RX manos y pies. Tórax F y P
	Factor reumatoide (látex, Rosse Ragan y/o Anticuerpos)
	PPD
	Consentimiento Informado

Requisitos a cumplir:	Tener A.R. activa (DAS 28 mayor a 5.1), hacer 2 mediciones separadas de un mes confirmando enfermedad activa y progresiva: títulos elevados de proteína C reactiva y/o Eritrosedimentación.
	No tener respuesta adecuada a las 16 semanas de tratamiento a por lo menos una droga DMARDs, una de las cuales debe haber sido MTX utilizado durante al menos 4 meses.
	Consignar los DMARDs utilizados en forma combinada y por cuánto tiempo se utilizó y resultado. En especial si se utilizó la combinación de MTX- Leflunamida.
	NO SE RECONOCEN LOS SIGUIENTES SUPUESTOS (salvo excepciones justificadas) - Como tratamiento inicial de la enfermedad - Menos de 4 meses de tratamiento sin respuesta.

EXAMEN ARTICULAR		Dolorosas	Inflamadas		Dolorosas	Inflamadas
	Hombro D			Hombro I		
	Codo D			Codo I		
	Muñeca D			Muñeca I		
	1° IFP D			1° IFP I		
	2° IFP D			2° IFP I		
	3° IFP D			3° IFP I		
	4° IFP D			4° IFP I		
	5° IFP D			5° IFP I		
	1° MCF D			1° MCF I		
	2° MCF D			2° MCF I		
	3° MCF D			3° MCF I		
	4° MCF D			4° MCF I		
	5° MCF D			5° MCF I		
	Rodilla D			Rodilla I		

Número de articulaciones dolorosas NAD. Rango 0-28	
Número de articulaciones tumefactas NAT. Rango 0-28 v	
VSG o PCR	
Evaluación global de la enfermedad por el paciente, por EAV.	
RESULTADO DAS 28	

Régimen terapéutico de los últimos 6 meses		Dosis/Fecha		Dosis/Fecha
	Analgésicos		Azatioprina	
	AINE		Ciclosporina	
	Corticoides		Leflunomida	
	Metotrexato		Sulfazalasina	
	Hidroxicloroquina		Otros	

ESQUEMA PROPUESTO	Biológico:	Dosis
----------------------	---------------------	----------------

REQUISITOS DE EVALUACIÓN Y	Estudio	Frecuencia
	DAS 28 HAQ	semestral semestral

Este formulario constituye DDJJ:”*Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de mi paciente. La documentación de respaldo será expuesta ante el requerimiento de la Auditoría Médica*”

Firma y sello del profesional especialista prestador

San Juan, a los..... del mes.....del Año.....

Observaciones de Auditoría
.....
.....
Firma y sello del Auditor.....Fecha..... / .../

Los datos solicitados son obligatorios y su ausencia o ilegibilidad impide el trámite de empadronamiento. Se sugiere llenar con letra imprenta y clara.