

FICHA PARA SOLICITUD INICIAL / CONTINUIDAD TRATAMIENTO ARTRITIS REUMATOIDEA

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nac. _____ Sexo: F ☐ M ☐ X ☐

1. DIAGNÓSTICO DE AR

COMPLETAR: Criterios del Colegio Americano de Reumatología y de la Liga Europea contra el Reumatismo:

AFECTACIÓN ARTICULAR	ACTUAL	PREVIA (consignar fecha)	PUNTAJE
1 Articulación grande	_____	_____	0 _____
2 a 10 articulaciones grandes	_____	_____	1 _____
1 a 3 articulaciones pequeñas	_____	_____	2 _____
4 a 10 articulaciones pequeñas	_____	_____	3 _____
> 10 articulaciones pequeñas	_____	_____	4 _____

SEROLOGÍA*

FR y CCP negativos 0 _____ FR y CCP positivos bajos < 3 (valor normal) 2 _____

FR y CCP positivos altos > 3 (valor normal) 3 _____

REACTANTE DE FASE AGUDA*

VSG y PCR normales 0 _____ VSG y/o PCR elevadas 1 _____

AFECTACIÓN ARTICULAR	ACTUAL	PREVIA (consignar fecha)	PUNTAJE
< 6 semanas	_____	_____	0 _____
> 6 semanas	_____	_____	1 _____

Articulaciones	IZQ Dolorosas	IZQ Inflamadas	DER Dolorosas	DER Inflamadas	TOTAL
Hombros	_____	_____	_____	_____	Dolorosas: _____
Codos	_____	_____	_____	_____	Inflamadas: _____
Muñecas	_____	_____	_____	_____	DAS 28: _____
MCF 1	_____	_____	_____	_____	HAQ: _____
MCF 2	_____	_____	_____	_____	(Adjuntar formulario con firma y aclaración del paciente)
MCF 3	_____	_____	_____	_____	VSG: _____ PCR: _____
MCF 4	_____	_____	_____	_____	
MCF 5	_____	_____	_____	_____	
IFP 1	_____	_____	_____	_____	
IFP 2	_____	_____	_____	_____	
IFP 3	_____	_____	_____	_____	
IFP 4	_____	_____	_____	_____	
IFP 5	_____	_____	_____	_____	
Rodillas	_____	_____	_____	_____	
SUBTOTAL	_____	_____	_____	_____	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10
					VAS global del paciente

AR en remisión

AR baja actividad

AR moderada actividad

AR severa actividad

DAS 28 Basal: _____

Historia clínica detallar cuadro clínico y estudios realizados que respalden diagnóstico:

¿Presentó respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos?

Si No ¿Cuáles? _____

Criterios de respuesta EULAR (detallar):

Tratamiento indicado:

Justificativo médico del tratamiento solicitado:

Fecha _____

Firma y sello del Médico: _____

PROTOCOLO DE CONSUMO MENSUAL

Este formulario debe ser completado en su totalidad con letra clara y legible, sin omitir ningún campo. Debe ser actualizado obligatoriamente en caso de modificar droga/dosis del tratamiento.

Edad _____ Peso _____ Altura (m) _____ Talla _____ Superficie corporal (m2) _____

Diagnóstico _____

Inicio del tratamiento _____

Ciclos estimados _____ Ciclos realizados _____

DROGAS SOLICITADAS

Adjuntar además la prescripción en el recetario del médico solicitando las drogas por su denominación común internacional –DCI- o nombre genérico; presentación y cantidad requerida para cada ciclo.

Drogas ¹	Dosis	Dosis diaria (mg) ²	Dosis mensual	Dosis total (mg)	Días de duración de la medicación	Cantidad de días del ciclo

¹ INDICAR NOMBRE GENÉRICO DEL PRINCIPIO ACTIVO.

² DE SOLICITAR DOS O MÁS PRESENTACIONES COMERCIALES DE UNA MISMA DROGA, DETALLAR EL CONSUMO DIARIO POR CADA PRESENTACIÓN

Datos de Contacto del Médico Prescriptor:

Apellido y nombre: _____

Mail: _____ Celular: _____

Lugar y Fecha _____ Firma y sello del Médico: _____

FICHA DE PACIENTE

Apellido y Nombre del Asociado: _____

Fecha actual: _____ Fecha de diagnóstico: _____

TRATAMIENTO ESPECÍFICO		
FAME	FECHA DE INICIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
1. CONVENCIONALES:		
Metotrexato		
Hidroxicloroquina		
Sulfasalacina		
Mesalazina		
Leflunomida		
Ciclosporina		
Azatioprina		
Ciclofosfamida		
2. SINTÉTICOS ESPECÍFICOS:		
Baricitinib		
Tofacitinib		
Upadacitinib		
Apremilast		
3. BIOLÓGICOS:		
Abatacept		
Adalimumab		
Certolizumab		
Etanercept		
Golimumab		
Infliximab		
Rituximab		
Tocilizumab		
Sarilumab		
Secukinumab		
Guselkumab		
Risankizumab		
Vedolizumab		
Ixekizumab		

Firma y sello del médico tratante.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y apellido del asociado: _____

Número de DNI del asociado: _____

Diagnóstico: _____

Droga: _____

DECLARACIÓN DEL ASOCIADO:

1.- Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento/tratamiento. He tenido la posibilidad de realizar todas las preguntas necesarias y se me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente que el procedimiento/tratamiento va a consistir en lo siguiente (en lenguaje sencillo):

Y que los posibles riesgos más importantes son: _____

Y que será realizado por el (los) doctor (es): _____

2.- Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento/tratamiento descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo llevan a cabo.

3.- Entiendo que, de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta Institución. También habiendo prestado mi consentimiento puedo revocarlo en cualquier momento sin que esto afecte mis derechos como paciente.

Firma del asociado Lugar y Fecha: _____

He informado al paciente del propósito/tratamiento y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan. Nombre y Apellido del profesional/es actuante/s: _____

Firma, sello y matrícula Lugar y Fecha: _____

EN CASO DE IMPOSIBILIDAD DE FIRMA DEL PACIENTE:

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

Apellido y Nombre		DNI
Parentesco		Fecha
Lugar		

TESTIGO

Apellido y Nombre		DNI
Parentesco		Fecha
Lugar		

Firma de tutor legal o fiar.

Firma de testigo