

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

**PROTOCOLO PARA APROBACIÓN DE TRATAMIENTO**

**ARTRITIS REUMATOIDEA – SOLICITUD DE TRATAMIENTO CON PRODUCTOS  
BIOLÓGICOS**

*POR FAVOR, COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA CLARA CON TINTA AZUL O NEGRA. No es necesario completar todos los campos de la planilla, únicamente aquellos necesarios para el diagnóstico y para el seguimiento del paciente según corresponda.*

EDAD	SEXO
AFILIADO	
FECHA DEL DIAGNÓSTICO	

<b>RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (Incluir criterios diagnósticos)</b>
Factor reumatoideo:
Cambios radiológicos (Describir):

**APELLIDO Y NOMBRE**

**FECHA**

**DNI**

**Evaluación clínica y funcional:**

DAS 28 (DATO OBLIGATORIO):	
Hemograma (DATO OBLIGATORIO):	
Hepatograma (DATO OBLIGATORIO):	
Serología para HIV, VHB, VHC (DATO OBLIGATORIO):	
Rx tórax (DATO OBLIGATORIO):	
PPD (DATO OBLIGATORIO):	
Proteinograma	
Vacunación calendario oficial, antineumocócica y antigripal	
Evaluar presencia de infecciones dentales, sinusal, urinaria	
VSG:	PCR:
Creatinina plasmática (DATO OBLIGATORIO):	Clearance de creatinina:

**JUSTIFICACIÓN DE SOLICITUD DE USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS (Marcar los que correspondan)**

1.- Diagnóstico de AR	- Cumple los criterios de la ACR <b>SI</b> <b>NO</b>
2.- Inflamación activa y/o daño estructural progresivo	<p>Enfermedad activa o estructuralmente progresiva: <b>SI</b>      <b>NO</b></p> <p>- Inflamación activa definida como: DAS 28 &gt; 5,1 o DAS 28 &gt; 3,2 con dependencia de esteroides y clínica o laboratorio de inflamación. <b>SI</b>      <b>NO</b></p> <p>- Daño estructural progresivo (Desarrollo o progresión de lesiones entre una radiografía y la siguiente): <b>SI</b>      <b>NO</b></p>
	Falla de tratamiento con un FAME en dosis adecuadas y por lo menos durante tres meses (MTX 0,3 mg/kg/semana hasta 25 mg/semana,

**APELLIDO Y NOMBRE**

**FECHA**

**DNI**

3.- Tratamiento previo de la AR	leflunomida 20 mg/día) <b>SI NO</b> Enfermedad severa con factores de mal pronóstico <b>SI NO</b> (Aclarar)
4.- Evaluación de situaciones especiales o comorbilidades.	<p>Contraindicaciones absolutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Infección activa aguda o crónica (TBC, HIV, HBV, HCV, otras)</li> <li>. Insuficiencia cardíaca moderada a severa.</li> <li>. Enfermedad oncohematológica o tumor sólido activo.</li> <li>. Embarazo o lactancia.</li> <li>. Enfermedad desmielinizante.</li> <li>. Insuficiencia renal grave (clearance de creatinina menor a 30 ml/min).</li> </ul> <p>Contraindicaciones relativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Tumor sólido diagnosticado hace más de 5 años y tratado.</li> <li>. Condiciones que predisponen a infección: úlceras de piel, prótesis, sonda vesical permanente.</li> </ul>

Situaciones especiales o comorbilidades asociadas que contraindiquen el uso de FAME (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (Se enumeran las posibles, describir la que corresponda):

**Seguimiento del tratamiento con terapias biológicas. Respuesta al tratamiento (Se aconseja a los 3 a 4 meses de iniciado). Si logró buenos resultados reevaluar en 3 a 6 meses. Si no hubo respuesta reevaluar una nueva opción terapéutica**

**APELLIDO Y NOMBRE**

**FECHA**

**DNI**


Si ha realizado evaluación previa al inicio de tratamiento con terapias biológicas aclarar resultados (se recomienda fuertemente realizar el mismo. Se debe descartar presencia de infecciones, cáncer, insuficiencia cardíaca, citopenias, enfermedad desmielinizante u otra comorbilidad que deba controlarse durante el uso de estos fármacos. A continuación se detallan una serie de estudios sugeridos antes de iniciar tratamiento con terapias biológicas, describir resultados

**SEGUIMIENTO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS (COMPLETAR SOLO SI ES CONTINUACIÓN DE UN TRATAMIENTO YA PREVIAMENTE APROBADO CON BIOLOGICOS):**

DAS 28 previo al tratamiento (DATO OBLIGATORIO):
DAS 28 actual (DATO OBLIGATORIO):
VSG, PCR, hemograma, hepatograma
Rx manos, muñecas, otras articulaciones afectadas (Se sugiere cada 6 a 12 meses)

<b>TRATAMIENTO PROPUESTO</b>
DROGA
DOSIS
VIA DE ADMINISTRACIÓN
FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN
Duración del tratamiento

**APELLIDO Y NOMBRE**

**FECHA**

**DNI**

Médico tratante (Firma y sello)

Teléfono de contacto:

**RESERVADO PARA AUDITORIA**

SE RECOMIENDA AUTORIZAR:

SI

NO

Marcar el que corresponda

JUSTIFICACIÓN DE LA NEGATIVA:

Médico interviniente (Firma y sello)