

PROTOCOLO DE ARTRITIS PSORIÁSICA

RESOLUCIÓN 1056/2019 SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Fecha:/...../.....

Datos personales

Apellido y Nombre:

Mail: Tel.: Cel:

DNI: Edad:

Diagnóstico CIE 10

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Código Descripción

--	--

Criterios Diagnósticos

- Psoriasis actual o historia personal familiar de psoriasis
- Distrofia psoriática ungueal
- Test negativo para el factor reumatoide determinado por cualquier método excepto por látex (adjuntar)
- Historia actual de dactilitis
- Evidencia radiológica de neoformación ósea yuxtarticulada.

LA PRESENCIA DE PSORIASIS ACTUAL SUMA 2 PUNTOS, EL RESTO SUMA 1 PUNTO.

Clasificación CASPAR: Puntaje total:

Tratamiento Indicado

Droga

- Etanercept
- Adalimumab
- Golimumab
- Certolizumab Pegol
- Infliximab
- Otra _____

- Apremilast
- Secukinumab
- Tofacitinib
- Ustekinumab

Modo

- Monoterapia
- En combinación con metotrexate

Dosis: _____

Frecuencia diaria: _____

Frecuencia semanal: _____

Frecuencia mensual: _____

Tratamiento Específico

	Fecha de Inicio	Fecha Suspensión
1- FAME Convencionales		
A: Metotrexato/...../...../...../.....
B: Sulfasalazina/...../...../...../.....
C: Leflunomida/...../...../...../.....
2-FAME Moléculas pequeñas:		
Tofacitinib/...../...../...../.....
Apremilast/...../...../...../.....
3-FAME inhibidores del FNT-alfa:		
Adalimumab/...../...../...../.....
Certolizumab pegol/...../...../...../.....
Etanercept/...../...../...../.....
Golimumab/...../...../...../.....
Infliximab/...../...../...../.....
4-FAME inhibidores de las Interleukinas		
Secukinumab/...../...../...../.....
Ixekizumab/...../...../...../.....
Ustekinumab/...../...../...../.....
Criterios de evaluación de actividad		
ACR *20 *American College of Rheumatology Response	SI	NO
ACR 50	SI	NO
ACR 70	SI	NO
DAS 28-CRP <2.6** **Disease Activity Score - Utilizando Proteína C reactiva	SI	NO
DAS 28-ESR <2.6*** ***Disease Activity Score - Utilizando Eritrosedimentación	SI	NO
Minimal disease activity (MDA)	SI	NO
Efectos adversos de medicación		
1. Neutropenia	SI	NO
2. Reacción alérgica	SI	NO
3. Infecciones bacterianas	SI	NO
4. Hepatotoxicidad	SI	NO
5. Toxicidad pulmonar	SI	NO
6. Otro:	SI	NO

Médico Solicitante

Apellido y Nombre: _____ Matrícula nacional: N° _____

Mail: _____ Matrícula provincial: N° _____

Tel.: _____ Cel.: _____ Firma y Sello:

INSTRUCTIVO DE ARTRITIS PSORIÁSICA

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

INICIO

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.**

El pedido se gestionará mensualmente con una anticipación mínima de 10 días hábiles.

- Protocolo Artritis Psoriásica, en original y completo en todos los campos.
- Copia de informe de estudios de diagnóstico: Biopsia de piel o nota del médico tratante justificando porque no se ha realizado.
- Laboratorio Inmunológico que incluya Factor Reumatoide.
- Resultado de DAS28 y HAQ.
- Resumen de Historia Clínica (indicar fecha de diagnóstico, antecedentes de la patología, evolución, con firma, sello y fecha vigente), en original
- Consentimiento informado.

SEMESTRAL (Enero y Julio)

- Protocolo Artritis Psoriásica, en original y completo en todos los campos.

CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO O AUMENTO DE DOSIS

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.**

El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.

- Protocolo Artritis Psoriásica, en original y completo en todos los campos.
- Actualización de estudios, resultado de DAS28 y HAQ.
- Resumen de Historia Clínica que justifique el cambio de esquema y/o aumento de dosis, en original.
- Consentimiento informado.

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.
Trámite sujeto a Auditoría Médica.**