

PROTOCOLO DE ARTRITIS REUMATOIDEA

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

Datos personales

Apellido y Nombre:
 Mail: Tel: Cel:
 DNI: Edad:

Diagnóstico

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Código CIE 10 Descripción

--	--

Criterios Diagnósticos

Según colegio Americano de Reumatología y Liga Europea contra el Reumatismo (ARC / EULAR 2010).

Marcar y totalizar

Afectación Articular

1 Articulación grande	0
2 a 10 articulaciones grandes	1
1 a 3 articulaciones pequeñas	2
4 a 10 articulaciones pequeñas	3
Mas de 10 articulaciones pequeñas	4

Reactantes de fase aguda

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

Serología

FR y CCP negativos	0
FR y/o CPP positivos bajos (<3 Valor Normal)	2
FR y/o CPP positivos alto (>3 VN)	3

Duración

< 6 semanas	0
>6 semanas	1

Score:

La sinovitis ¿se explica por otra causa? SI NO

Detallar:

Tratamientos previos recibidos

FAME Convencionales	Fecha de Inicio	Fecha de Suspensión	FAME Biológicos	Fecha de Inicio	Fecha de Suspensión
Metotexate	Abatacept	.....	.....
Hidroxicloroquina	Adalimumab	.....	.....
Sulfadiazina	Certolizumab	.....	.....
Otro: Cual?	Etanercept	.....	.....
FAME Sinteticos Especificos			Golimumab	.....	.....
Baricitinib	Infliximab	.....	.....
Tofacitinib	Rituximab	.....	.....
			Tocilizumab	.....	.....
			Sarilumab	.....	.....

Criterios de evaluación de actividad

Criterio	NO	SI
DAS 28 -CRP <2.6*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DAS 28-ESR <2.6**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Disease Activity Score - Utilizando Proteína C Reactiva

**Disease Activity Score - Utilizando Eritrosedimentación

Tratamiento indicado

Fundamento	Droga	Dosis / Frecuencia semanal
Pacientes adultos para el tratamiento de AR moderada a grave, en combinación con metotexato, que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros FAME los cuales pueden incluir tambien uno o mas tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF: infliximab, etanercept, adalimumab)	Abatacept	
Como monoterapia o en combinación con metotexato en pacientes adultos con enfermedad activa, moderada o severa, cuando la respuesta a los FAME, incluido el metotexate ha sido inadecuada	Adalimumab	
Tratamiento AR activa, moderada o severa, en pacientes adultos con respuesta inadecuada o intolerancia a uno mas FAMEs, en monoterapia o asociado a metotexate	Baricitinib	
Pacientes adultos para el tratamiento de AR activa, moderada o grave, que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros FAME	Certolizumab Pegol	
Como monoterapia o en combinación con metotexato en pacientes adultos con enfermedad activa, moderada o severa, cuando la respuesta a los ARME, incluido el metotexate ha sido inadecuada	Etanercept	
Pacientes adultos para el tratamiento de artritis reumatoide activa, moderada o grave, que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros FAME	Golimumab	
1) En combinación con metotexato en pacientes adultos con enfermedad activa, cuando los FAME, incluido el metotexate, ha sido inadecuada. 2) Pacientes adultos con enfermedad grave, activa y progresiva no tratados previamente con metotexato u otros FAME, también en combinación con metotexate.	Infliximab	
En combinación con metotexato, está indicado en pacientes adultos para el tratamiento de AR activa grave que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros FAME, los cuales pueden incluir tambien uno o mas tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF: infliximab, etanercept, adalimumab)	Rituximab	
Artritis Reumatoidea activa de moderada a severa, en pacientes adultos con respuesta inadecuada o intolerancia a uno o mas FAME, en monoterapia o asociado a metotexate	Sarilumab	
Pacientes adultos para el tratamiento de AR activa moderada o severa, que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros FAME, los cuales pueden incluir tambien uno o mas tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF: infliximab, etanercept, adalimumab) en combinación con metotexato o en monoterapia cuando el uso de metotexate no sea posible	Tocilizumab	
Pacientes adultos para el tratamiento de AR activa grave que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros FAME. Puede utilizarse en monoterapia o asociado a metotexate, no pudiendo administrarse en forma conjunta con fármacos biológicos o inmunosupresores potentes.	Tofacitinib	
Otra (aclarar)		

El presente protocolo debe estar completo en todos sus campos y acompañado, para los casos de inicio de tratamiento o cambio de esquema, del consentimiento informado, estudios de diagnóstico (laboratorio inmunológico e informes de imágenes) y un breve resumen de historia clínica. Para los casos de continuidad, el presente protocolo se presenta semestralmente, cada enero y cada julio.

Médico Solicitante

Apellido y Nombre: _____ Matrícula nacional: N° _____
 Mail: _____ Matrícula provincial: N° _____
 Tel.: _____ Cel: _____ Firma y Sello:

INSTRUCTIVO DE ARTRITIS REUMATOIDEA

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 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 Reumatoidea, en original y completo en todos los campos.
- Copia de informe de estudios de diagnóstico: Laboratorio Inmunológico de diagnóstico (debe indicar Factor Reumatoide, o Test de Látex o CCP), copia de Informe de Placa Radiológica.
- Resultado de DAS28 y HAQ.
- Resumen de Historia Clínica (relato del médico tratante donde indique fecha de inicio, antecedentes de la patología, evolución, con firma, sello y fecha vigente) en original
- Consentimiento informado.

SEMESTRAL (Enero y Julio)

- Protocolo de Continuidad Artritis Reumatoidea, en original y completo en todos los campos.
- Copias de informes de estudios actualizados.
- Es importante que la medicación solicitada durante el semestre concuerde con lo indicado por el médico en el Protocolo, caso contrario deberá acompañar el protocolo con un Justificativo por Bajo Consumo firmado por el médico.

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 Reumatoidea, en original y completo en todos los campos.
- Actualización de estudios, resultado de DAS28 y HAQ.
- Resumen de Historia Clínica (relato del médico tratante donde indique el motivo del cambio de esquema de tratamiento o aumento de dosis) en original
- Consentimiento informado.

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