

**Artritis Reumatoidea ¿Cómo hacer para tramitar su nueva medicación para la artritis reumatoidea cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado?**

- 1º. Primero debe descargar de la página web el/los archivos de la patología “**ARTRITIS REUMATOIDEA**”. Los mismos también están disponibles en las Agencias de Unión Personal y Accord Salud de todo el país. Si Ud. quiere conocer su delegación más cercana debe consultar la página web <http://www.unionpersonal.com.ar/application/mods/agencias/>
- 2º. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:
- |               |                      |
|---------------|----------------------|
| • Adalimumab  | • Baricitinib        |
| • Abatacept   | • Certoluzimab Pegol |
| • Etanercept  | • Tofacitinib        |
| • Rituximab   | • Golimumab          |
| • Infliximab  | • Sarilumab          |
| • Tocilizumab |                      |
- Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.
- 3º. Por favor comuníquese al médico que la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá contar con el número de DNI y diagnóstico.
- 4º. En el “**FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA**”, complete Ud. con letra clara **TODOS** los datos solicitados en la sección A) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.
- 5º. Su médico de cartilla u hospital público debe ser **ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA**. El mismo debe completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello. La sección C) es de exclusivo uso interno de auditoría por lo que no escriba en esa sección. Su médico debe informarle los datos que Ud. necesita saber sobre su tratamiento. Luego debe completar y firmar el consentimiento informado.
- 6º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en punto 7, deberá realizarse a través de la página **web de Unión Personal o Accord Salud de acuerdo a su plan de afiliación ingresando a: AUTOGESTIÓN – AUTORIZACIONES – NUEVA AUTORIZACION – MEDICAMENTOS ALTO COSTO**. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de Unión Personal/Accord Salud.
- 7º. Documentación que debe presentar:
- Formulario completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
  - Copia del informe de los estudios complementarios para el diagnóstico (último laboratorio, informe de radiología osteoarticular y de torax, marcadores inmunológicos, resultado PPD, etc.).
  - Receta médica del medicamento, según se especifica en el punto 3º.
  - Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
  - Carnet de afiliado.
- 8º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación a través de la página **web de Unión Personal o Accord Salud de acuerdo a su plan de afiliación ingresando a: AUTOGESTIÓN – AUTORIZACIONES – NUEVA AUTORIZACION – MEDICAMENTOS ALTO COSTO**. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de Unión Personal/Accord Salud.

**POR FAVOR, GUARDE TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, UNIÓN PERSONAL/ACCORD SALUD PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.**

- 9º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

**EXCEPTO QUE LA GERENCIA MEDICA ASÍ LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO**

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA

**A) Sr/a. AFILADO:** COMPLETE **TODOS** LOS DATOS SOLICITADOS A CONTINUACIÓN

Nombre y apellido del titular de la Obra Social:		
Número de afiliado del titular:		DNI del titular:
Nombre y apellido del paciente:		
DNI. del paciente:	N° de afiliado del paciente:	
Parentesco con el titular:		
Plan:	Dos teléfonos de contacto:	
Domicilio:		
Correo electrónico de contacto:		
Fecha de nacimiento del paciente:	Edad:	
Firma del solicitante	Aclaración de la firma	Fecha

**B) ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO DE CARTILLA O DE HOSPITAL PÚBLICO TRATANTE**

Nombre y apellido del paciente: ..... \*D.U.: .....

### Resumen de historia clínica del paciente

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnóstico según clasificación: .....

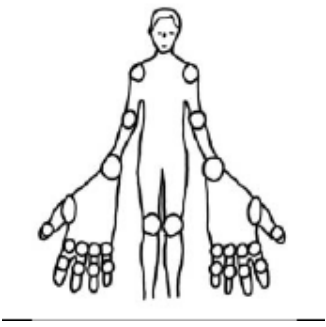
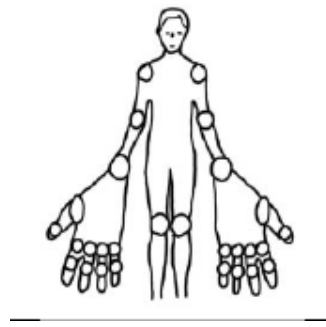
¿El/La paciente presenta dolor? SI / NO

Intensidad promedio del dolor: ..... /10

¿En qué regiones presentan dolor? .....

¿El/La paciente presenta otros signos de actividad de su enfermedad? SI / NO

¿Cuáles?.....

Articulaciones actualmente edematizadas	Articulaciones actualmente dolorosas
	
Total edematizadas=	Total dolorosas=
¿Cuál es el índice DAS28 calculado actual?	

**Por favor, realice un círculo en los criterios que presentó en la evolución el/la paciente durante la enfermedad (fundamento diagnóstico):**

- a) rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas.
- b) tumefacción articular o derrame durante al menos 6 semanas consecutivas, de tres o más de las siguientes áreas articulares: interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñeca, codo, rodilla, tobillo y metatarsfalángicas (MTF).
- c) tumefacción articular o derrame articular en carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas.
- d) tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones referidas en el punto b, durante al menos 6 semanas consecutivas.
- e) nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones y uxtaarticulares.
- f) presencia de factor reumatoideo (FR).
- g) evidencia radiográfica en las manos o en los carpos de erosiones articulares u osteopenia en las articulaciones afectadas.

Laboratorio							Fecha:	
Hto		FR		ESD		C4		TSH
Leucocitos		FAN		Látex AR		CT		C3

Otros marcadores inmunológicos (anti-citrulina, etc):.....

Descripción de la última radiografía de tórax	Fecha:

El/La paciente, ¿ha recibido otros tratamientos? Por favor, háganos saber cuáles.

Medicamentos utilizados y asociaciones	Dosis máxima alcanzada	Tiempo de tratamiento	Respuesta observada	Motivo de suspensión


Si no ha recibido medicamentos modificadores de enfermedad (DARMDS o FAME), por favor explique la razón:.....

.....

Medicación que solicita actualmente para su paciente como vía de excepción en el tratamiento de la artritis reumatoidea:

Nombre genérico:	Presentación:
Dosis diaria:	Dosis mensual:
Tiempo estimado de tratamiento:	Peso: Altura:

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente. Por favor, aclare con qué dosis ha logrado una respuesta deseable:

.....

A continuación complete la sección del medicamento que corresponde únicamente según su prescripción con el fin de completar el fundamento terapéutico:

- **Adalimumab**

Ud está indicando Adalimumab... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

...como monoterapia o en combinación con metotrexato por enfermedad activa en un adulto, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMES), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada.	SI	NO
--	----	----

- **Abatacept**

Ud está indicando Abatacept porque su paciente cumple el siguiente criterio (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Paciente adulto con necesidad de tratamiento de artritis reumatoide activa grave que ha presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), incluyendo uno o más tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF: infliximab, etanercept, adalimumab).	SI	NO
--	----	----

- **Etanercept**

Ud está indicando Etanercept... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

...como monoterapia o en combinación con metotrexato por enfermedad activa en un adulto, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMES), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada.	SI	NO
--	----	----

- **Infliximab**

Ud está indicando Infliximab... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

...como monoterapia o en combinación con metotrexato por enfermedad activa en un adulto, cuando la respuesta a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMES), incluido el metotrexato, ha sido inadecuada.	SI	NO
--	----	----

- **Rituximab**

Ud está indicando Rituximab porque su paciente cumple el siguiente criterio (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Paciente adulto con necesidad de tratamiento de artritis reumatoide activa grave que ha presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), incluyendo uno o más tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF: infliximab, etanercept, adalimumab).	SI	NO
--	----	----

- **Tocilizumab**

Ud está indicando Tocilizumab porque su paciente cumple el siguiente criterio (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Paciente adulto con necesidad de tratamiento de artritis reumatoide activa grave que ha presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), incluyendo uno o más tratamientos con inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF: infliximab, etanercept, adalimumab).	SI	NO
--	----	----

- **Golimumab**

Ud está indicando Golimumab porque su paciente cumple el siguiente criterio (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Paciente adulto para el tratamiento de artritis reumatoide activa grave que ha presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME).	SI	NO
---	----	----

- **Tofacitinib**

Ud está indicando Tofacitinib ya que su paciente adulto cumple el siguiente criterio (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Presenta una artritis reumatoide activa grave que ha presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME). El Tofacitinib será monoterapia o asociado a metotrexato, no pudiendo administrarse en forma conjunta con fármacos biológicos o inmunosupresores potentes.	SI	NO
--	----	----

- **Certolizumab Pegol**

Ud está indicando Certolizumab Pegol ya que su paciente adulto ...(marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

....para el tratamiento de artritis Reumatoidea actividad grave en un adulto presentando una respuesta inadecuada O intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME)	SI	NO
---	----	----

- **Baricitinib**

Ud está indicando Certolizumab Pegol ya que su paciente adulto ...(marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

....para el tratamiento de artritis Reumatoidea de actividad moderada a severa en adulto presentando una respuesta inadecuada O intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME)	SI	NO
---	----	----

- **Sarilumab**

Ud está indicando Certolizumab Pegol ya que su paciente adulto ...(marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

....para el tratamiento de artritis Reumatoidea activa moderada a severa en un adulto presentando una respuesta inadecuada O intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) o inhibidores del factor de necrosis tumoral, administrado en combinación con FAME o como monoterapia.	SI	NO
---	----	----

<b>Firma del médico</b>	<b>Sello</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma del solicitante</b>	<b>Aclaración de la firma y DNI</b>	<b>Fecha</b>
<b>Sello de la institución</b>	<b>Teléfono de contacto</b>	

**C) ESTA SECCIÓN ESTA DESTINADA AL MÉDICO AUDITOR DE UNIÓN PERSONAL/ACCORD SALUD**

**Detallar las observaciones de auditoría (medicamento de excepción que se autoriza como vía de excepción para artritis reumatoidea):**

<input type="checkbox"/> SE AUTORIZA <input type="checkbox"/> NO SE AUTORIZA
---

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

<b>Firma del médico AUDITOR</b>	<b>Sello</b>	<b>Teléfono /Interno UP</b>
---------------------------------	--------------	-----------------------------

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Paciente (nombre/s y apellido/s)..... de.....  
años de edad, con domicilio en .....  
..... D.U..... y N° de afiliado.....

*Completar en caso de ser necesario:*

Representante legal (nombre/s y apellido/s) .....  
de ..... años de edad, con domicilio en.....  
y D.U. ...., en calidad de (indicar relación con el paciente):.....

### **DECLARO:**

Que el Dr/a..... MN..... especialista en  
....., me ha informado de forma comprensible acerca del  
tratamiento con la medicación (indicar los nombre genérico).....  
para patología (consignar diagnóstico) .....

Verbalmente me fue informado sobre los posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento; los posibles riesgos, efectos adversos y/o secundarios (incluyendo riesgos para mujeres embarazadas o en período de lactancia); las posibles alternativas terapéuticas; los posibles resultados si no se toma/aplica la medicación recomendada y la posibilidad de que la dosis del medicamento pueda requerir ser ajustada en el tiempo; asimismo he sido informado sobre el derecho a participar activamente en mi tratamiento discutiendo inquietudes o preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la medicación.

El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual se me facilita una copia.

En ..... a los ..... días del mes de .....de 20.....

Firma: .....

(Paciente/Representante/s legal/es)

Aclaración:

Firma: .....

(Médico)

Sello: