



## PLANILLA 112 - ARTRITIS REUMATOIDEA

APELLIDO Y NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** (1) El afiliado deberá entregar el protocolo completo por su médico tratante con copia de las recetas y del protocolo en el sector Farmacia. (2) Cualquier reclamo por error en la autorización, deberá realizarlo dentro de los 30 días de retirada la autorización. Pasado ese lapso y si Ud. advirtiere del error, deberá presentar nuevo protocolo con la solicitud de cobertura del fármaco en cuestión, que tendrá el tiempo de auditoría ordinario. (3) La resolución será entregada al afiliado luego de los ocho días hábiles en el sector Farmacia

**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	

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (Incluir criterios diagnósticos)
Factor reumatoideo:
Cambios radiológicos (Describir):



APELLIDO Y NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

## Evaluación clínica y funcional


JUSTIFICACIÓN DE SOLICITUD DE USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS (Describir los que correspondan)

---

---

Inflamación activa y/o daño estructural progresivo
Respuesta al tratamiento previo instituido (Aclarar droga utilizada, dosis y tiempo de administración).
Enfermedad severa con factores clínicos de mal pronóstico (por ejemplo afectación extraarticular, títulos con factor reumatoideo, etc.)
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).
Presencia de infección activa (TBC, HIV, HBV, HVC, otras).
Insuficiencia cardíaca moderada a severa
Enfermedad oncohematológica o tumor sólido activo
Embarazo o lactancia
Enfermedad desmielinizante
Tumor sólido diagnosticado hace más de 5 años y tratado
Condiciones predisponentes a infección (prótesis, sonda vesical permanente, úlceras de piel, etc).



APELLIDO Y NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

Rx manos, muñecas, otras articulaciones afectadas (Se sugiere cada 6 a 12 meses)

## TRATAMIENTO PROPUESTO

DROGA

DOSIS

VIA DE ADMINISTRACIÓN

FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN

Médico tratante (Firma y sello)

Teléfono de contacto: