

Formulario de solicitud de DOSIS MENSUAL TRATAMIENTO de Artritis reumatoidea

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas. El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO: NO SI Fecha: ___/___/___

Motivo: Intolerancia Efectos adversos
 Indicación médica Abandono
 Fallecimiento Otra

Especifique: _____

CAMBIO DE TRATAMIENTO Cambia de fármaco? No Si

Droga que tomaba:

Adalimumab Infliximab Etanercept Tofacitinib
 Rituximab Tocilizumab Golimumab Upadacitinib

En tratamiento desde: ___/___/___ a dosis de _____ mg./día

Motivo de cambio: Intolerancia a la droga. Especifique: _____
 Toxicidad por la droga _____
 Falla de tratamiento _____

INFORMACIÓN DEL MES EN CURSO

Fecha de inicio de tratamiento: ___/___/___ Fecha de último control: ___/___/___

Tolerancia al tratamiento

Efectos adversos: NO SI

Síndrome lupus-simil por autoanticuerpos Infección por gérmenes oportunistas o comunes.
 Desordenes desmielinizantes Descompensación cardiovascular
 Hematológicos Otros

Especificar: _____

Tratamiento complementario: NO SI

Tratamientos Sistémicos	Si (x)	Droga	Dosis (mg)
AINE			
Corticoides			
Metotrexate			
Leflunomida			
Hidroxicloroquina			
Sulfasalacina			
Azatioprina			
Ciclosporina			
Otros			

SEGUIMIENTO TRIMESTRAL

Informe sobre respuesta al tratamiento: NO SI

DAS 28: __ __ , __ Fecha: __/__/__

Comentarios: _____

Paraclínica: (requerida a efectos de evaluación de respuesta e ingreso a base de datos; resto de evaluación debe realizarse según protocolos nacionales e internacionales de tratamiento)

Trimestral: VES: _____ PCR: _____

DOSIS MENSUAL SOLICITADA

- Adalimumab Dosis: _____ mg cada _____ semanas
- Infliximab Dosis: _____ mg cada _____ semanas
- Etanercept Dosis: _____ , _____ mg cada _____ semanas
- Rituximab Dosis: _____ mg cada _____ semanas
- Tocilizumab Dosis: _____ mg cada _____ semanas
- Golimumab Dosis: _____ mg cada _____ semanas
- Tofacitinib Dosis: _____ , _____ mg/ día
- Upadacitinib Dosis: _____ , _____ mg/ día

CÓDIGO DE LA FARMACIA INSTITUCIONAL DONDE SE ENTREGARÁ LA MEDICACIÓN: _____ . _____

Consideraciones que juzgue relevantes: