

Formulario de solicitud de TRATAMIENTO de la 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 de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, 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 _____

DIAGNÓSTICO

Artritis reumatoidea

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

SITUACIÓN CLÍNICA

Factores pronósticos

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Envaramiento matinal mayor a 1 hora | <input type="checkbox"/> VES persistentemente elevada |
| <input type="checkbox"/> Nodulos reumatoideos | <input type="checkbox"/> PCR persistentemente elevada |
| <input type="checkbox"/> Manifestaciones extraarticulares | <input type="checkbox"/> Título elevado FR |
| <input type="checkbox"/> Presencia de erosiones en 1ra consulta | <input type="checkbox"/> Ac. Anti-CCP |
| <input type="checkbox"/> Compromiso Coxo-femoral | <input type="checkbox"/> HLA DRB1 y 04 y 01 |
| <input type="checkbox"/> Compromiso de pie | <input type="checkbox"/> Nivel cultural y socioeconómico bajo |

Número de articulaciones afectadas tumefactas: ___

Número de articulaciones afectadas dolorosas: ___

EVA dolor: ___

EVA global paciente: ___

EVA global médico: ___

DAS 28: ___, __

Fecha: ___/___/___

Evaluación 1 *

DAS 28: ___, __

Fecha: ___/___/___

Evaluación 2 *

* Plazo entre ambas < 6 meses

VES: _____

PCR: _____

FR: _____/_____

Ac. Anti CCP: _____/_____

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES

No Si

- Cardiopatía isquémica Claud. intermitente
 Cardiopatía valvular Insuf. venosa crónica
 Arritmias TVP
 HTA Otros
 Insuficiencia cardíaca
 Clase funcional NYHA: I II III IV

RESPIRATORIOS

No Si

- Asma TBC
 Bronquitis crónica Otros
 EPOC

NEUROLÓGICOS

No Si

- Demencia Neuritis óptica
 Enf. desmielinizante Otros

ENDOCRINO METABÓLICOS

No Si

- Diabetes Obesidad
 Hipotiroidismo Dislipemia
 Hipertiroidismo Otros

INFECCIONES GRAVES (<1año)

No Si

Especifique: _____

CIRUGÍA RECIENTE

No Si

(< de 6 meses)

Especifique: _____

NEFRO UROLÓGICOS

No Si

- Insuficiencia renal Infección urinaria
 Diálisis Otros

DIGESTIVOS

No Si

- Hepatopatía Hepatitis
 Enfermedad diverticular Otros

HEMATOLÓGICOS

No Si

- Trastornos hemorrágicos Anemia
 Estados trombofílicos Otros

OTRAS ENF. AUTOINMUNES

No Si

Cual _____

NEOPLASIAS

No Si

Fecha: __/__/____

Cual _____

- Localizada
 Diseminada Espec. _____

OTROS

No Si

- HIV Tabaquismo
 Alcoholismo Otros

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

Tratamientos Sistémicos	Fecha inicio	Fecha finalización	Causa de suspensión	Dosis
AINE*				
Corticoides				
Metotrexate				
Leflunomida				
Hidroxicloroquina				
Sulfasalacina				
Azatioprina				
Adalimumab				
Infliximab				
Rituximab				
Etanercept				
Ciclosporina				
Tocilizumab				
Golimumab				
Tofacitinib				
Upadacitinib				
Otros***				

* Especificar cual: _____

** Especificar dosis indicada y dosis acumulada: _____

*** Especificar cual: _____

Quimioprofilaxis para BK: No Si Indicada por: PPD
 Booster
 AP de tuberculosis
 Rx. Tx. patológica
 Otro

TRATAMIENTO PROPUESTO

1. Droga solicitada:

Drogas	Si (x)	Dosis (mg)	Frecuencia
Adalimumab			Cada 2 semanas
Infliximab			Dosis carga, Mantenimiento cada 4 semanas
Etanercept			Semanal
Rituximab			1000 mg que se repite a los 15 días
Tocilizumab			Semanal
Golimumab			Mensual
Tofacitinib			Diaria
Upadacitinib			Diaria

2 .Droga de asociación: _____

Peso (Kg): ___ ___ ___ Talla (cm): ___ ___ ___ Superficie corporal (m2): ___ , ___ ___

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

Consideraciones que juzgue relevantes: