



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.1.1.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ABATECEPT** prescripto para el tratamiento de la patología **ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- **Resumen de Historia Clínica**, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Artritis persistente de por lo menos 6 semanas de duración en una o más articulaciones, de inicio antes de los 16 años con exclusión de otras causas de artritis. Detalle del cuadro clínico, estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza, Laboratorio inmunológico. Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas / tiempo / dosis y asociaciones medicamentosas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **pacientes pediátricos de 6 años de edad o mayores con artritis Idiopática Juvenil Poliarticular activa de grado moderado a grave, como monoterapia o asociado a metotrexato.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada. Para la solicitud de la medicación, salvo que corresponda como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.1.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ADALIMUMAB** prescripto para el tratamiento de la patología **ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- **Resumen de Historia Clínica**, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Artritis persistente de por lo menos 6 semanas de duración en una o más articulaciones, de inicio antes de los 16 años con exclusión de otras causas de artritis. Detalle del cuadro clínico, estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza, Laboratorio inmunológico. Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas / tiempo / dosis y asociaciones medicamentosas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **niños y adolescentes de entre 2 y 17 años de edad que hayan presentado una respuesta insuficiente a uno o más agentes antirreumáticos modificadores de la enfermedad (ARME) como monoterapia o combinado con metrotexato.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada. Para la solicitud de la medicación, salvo que corresponda como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.-**Receta Médica**, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-**Consentimiento Informado**, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.1.3.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **CANAKIMUMAB** prescripto para el tratamiento de la patología **ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Artritis persistente de por lo menos 6 semanas de duración en una o más articulaciones, de inicio antes de los 16 años con exclusión de otras causas de artritis. Detalle del cuadro clínico, estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza, Laboratorio inmunológico. Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas / tiempo / dosis y asociaciones medicamentosas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **niños mayores de 2 años de edad que hayan presentado una respuesta insuficiente a uno o más agentes antirreumáticos modificadores de la enfermedad (ARME).**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada. Para la solicitud de la medicación, salvo que corresponda como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.1.4.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ETANERCEPT** prescripto para el tratamiento de la patología **ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Artritis persistente de por lo menos 6 semanas de duración en una o más articulaciones, de inicio antes de los 16 años con exclusión de otras causas de artritis. Detalle del cuadro clínico, estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza, Laboratorio inmunológico. Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas / tiempo / dosis y asociaciones medicamentosas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **pacientes a partir de 2 años y adolescentes con Poliartritis y Oligoartritis extendida que han tenido una respuesta inadecuada, o que tienen una intolerancia probada al metotrexato**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada. Para la solicitud de la medicación, salvo que corresponda como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.1.5.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **TOCILIZUMAB** prescrito para el tratamiento de la patología **ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.-Resúmen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Artritis persistente de por lo menos 6 semanas de duración en una o más articulaciones, de inicio antes de los 16 años con exclusión de otras causas de artritis. Detalle del cuadro clínico, estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza, Laboratorio inmunológico. Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas / tiempo / dosis y asociaciones medicamentosas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **pacientes pediátricos a partir de los 2 años y adolescentes con Artritis Idiopática Juvenil Sistémica (AIJS) activa con respuesta inadecuada a terapias anteriores con AINEs y corticoides sistémicos, en monoterapia o asociado a Metotrexato.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada. Para la solicitud de la medicación, salvo que corresponda como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.2.1.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **CANAKINUMAB** prescripto para el tratamiento de la patología **ARTRITIS GOTOSA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- **Resumen de Historia Clínica**, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Presencia de cristales de Urato Monosódico Monohidrato, característico en el líquido sinovial; un tofo que contenga los cristales de urato, comprobados por procedimientos químicos o microscopia de luz polarizada; presencia de 6 de los siguientes fenómenos clínicos de laboratorio o radiológicos: 1) Más de un ataque de artritis aguda, 2) Inflamación extrema desarrollada en un día, 3) Ataque de Artritis Monoarticular, 4) Enrojecimiento articular, 5) Dolor o hinchazón de la articulación metatarsofalángica, 6) Ataque unilateral de la 1º articulación metatarsofalángica, 7) Ataque unilateral de la 1 articulación del tarso, 8) Sospecha de tofo, 9) Hiperuricemia, 10) Hinchazón de una articulación. Detalle de estadio evolutivo, estudios complementarios para arribar al diagnóstico.
Tratamientos previos instituidos donde se detalle el fracaso, intolerancia o contraindicación
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **tratamiento sintomático de pacientes con ataques frecuentes de Artritis Gotosa (mínimo de 3 ataques en los últimos 12 meses) en los cuales el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y Colchicina se encuentra contraindicado o no es tolerado, o no proveen la respuesta adecuada y no se encuentren posibilitados de recibir corticoesteroides en forma frecuente..**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada, asociación a otros agentes.

2.- Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.3.1.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ADALIMUMAB** prescripto para el tratamiento de la patología **ARTRITIS PSORIASICA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**: presencia de Artritis Inflamatoria, más la presencia de Psoriasis, en ausencia de Factor Reumatoide Positivo. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza; Laboratorio inmunológico. Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. Si se ha realizado adjuntar biopsia de piel
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicada en **monoterapia o asociado a Metotrexato en Artritis Psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con agentes antirreumáticos modificadores de la enfermedad (ARME) no ha sido adecuada.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo /respuesta esperada, asociación a otros agentes. Salvo que corresponda como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Anatomía Patológica, si se realizó Biopsia de Piel.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.3.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **CERTOLIZUMAB PEGOL** prescrito para el tratamiento de la patología **ARTRITIS PSORIASICA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**: presencia de Artritis Inflamatoria, más la presencia de Psoriasis, en ausencia de Factor Reumatoide Positivo. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza; Laboratorio inmunológico. Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. Si se ha realizado adjuntar biopsia de piel
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicada en **monoterapia o asociado a metotrexate en Artritis Psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con agentes antirreumáticos modificadores de la enfermedad (ARME) no ha sido adecuada.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo /respuesta esperada, asociación a otros agentes. Salvo que corresponda como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Anatomía Patológica, si se realizó Biopsia de Piel.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.3.3.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **GOLIMUMAB** prescripto para el tratamiento de la patología **ARTRITIS PSORIASICA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- **Resúmen de Historia Clínica**, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** presencia de Artritis Inflamatoria, más la presencia de Psoriasis, en ausencia de Factor Reumatoide Positivo. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza; Laboratorio inmunológico. Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. Si se ha realizado adjuntar biopsia de piel
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **monoterapia o asociado a metotrexate en Artritis Psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con agentes antirreumáticos modificadores de la enfermedad (ARME) no ha sido adecuada.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo /respuesta esperada, asociación a otros agentes. Salvo que corresponda como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.- **Receta Médica**, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-**Consentimiento Informado**, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Anatomía Patológica, si se realizó Biopsia de Piel.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.3.4.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ETANERCEPT** prescrito para el tratamiento de la patología **ARTRITIS PSORIASICA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**: presencia de Artritis Inflamatoria, más la presencia de Psoriasis, en ausencia de Factor Reumatoide Positivo. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza; Laboratorio inmunológico. Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. Si se ha realizado adjuntar biopsia de piel
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicada en **monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva en pacientes adultos y niños mayores de 12 años cuando la respuesta a la terapia previa con agentes antirreumáticos modificadores de la enfermedad (ARME) no ha sido adecuada.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo /respuesta esperada, asociación a otros agentes. Salvo que corresponda como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.- Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Anatomía Patológica, si se realizó Biopsia de Piel.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.3.5.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **INFLIXIMAB** prescripto para el tratamiento de la patología **ARTRITIS PSORIASICA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** presencia de Artritis Inflamatoria, más la presencia de Psoriasis, en ausencia de Factor Reumatoide Positivo. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados para arribar al diagnóstico de certeza; Laboratorio inmunológico. Tratamientos previos efectuados detallando drogas utilizadas/tiempo, dosis y asociaciones medicamentosas. Si se ha realizado adjuntar biopsia de piel
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **monoterapia o asociado a metotrexato en Artritis Psoriásica activa y progresiva en pacientes adultos cuando la respuesta a la terapia previa con ARME no ha sido adecuada.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo /respuesta esperada, asociación a otros agentes. Salvo que corresponda como medicación de primera línea, se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.- Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Anatomía Patológica, si se realizó Biopsia de Piel.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.4.1.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ABATECEPT** prescrito para el tratamiento de la patología **ARTRITIS REUMATOIDEA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- **Resumen de Historia Clínica**, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones: Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas; 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); Tumefacción articular o derrame articular en Carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas; Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones IFP, MCF, Muñeca, Codo, Rodilla, Tobillo y MTF, durante al menos 6 semanas consecutivas; Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares; Presencia de Factor Reumatoideo (FR); evidencia radiográfica en las manos o en los carpos de erosiones articulares u osteopenia en las articulaciones afectadas. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza; Laboratorio inmunológico.
Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en pacientes adultos para el tratamiento **de Artritis Reumatoide Activa Moderada a Grave, en combinación con Metotrexato, que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAME), los cuales pueden incluir también uno o más tratamientos con inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral (TNF: Infliximab, Etanercept, Adalimumab).**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo /respuesta esperada, asociación a otros agentes. Se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.

2.- Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Informes de Rx. Realizadas.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.4.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **GOLIMUMAB** prescrito para el tratamiento de la patología **ARTRITIS REUMATOIDEA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.-Resúmen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones: Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas; 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); Tumefacción articular o derrame articular en Carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas; Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones IFP, MCF, Muñeca, Codo, Rodilla, Tobillo y MTF, durante al menos 6 semanas consecutivas; Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares; Presencia de Factor Reumatoideo (FR); evidencia radiográfica en las manos o en los carpos de erosiones articulares u osteopenia en las articulaciones afectadas. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza; Laboratorio inmunológico.
Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en pacientes adultos para el tratamiento de **Artritis Reumatoide Activa Grave que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAME).**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada, asociación a otros agentes. Se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Informes de Rx. Realizadas.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.4.3.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ETANERCEPT** prescrito para el tratamiento de la patología **ARTRITIS REUMATOIDEA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad**: presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones: Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas; 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); Tumefacción articular o derrame articular en Carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas; Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones IFP, MCF, Muñeca, Codo, Rodilla, Tobillo y MTF, durante al menos 6 semanas consecutivas; Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares; Presencia de Factor Reumatoideo (FR); evidencia radiográfica en las manos o en los carpos de erosiones articulares u osteopenia en las articulaciones afectadas. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza; Laboratorio inmunológico.
Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico**: indicada en como **monoterapia o en combinación con metotrexato en pacientes adultos con enfermedad activa, cuando la respuesta a los Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAMES), incluido el Metotrexato, haya sido inadecuada.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada, asociación a otros agentes. Se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Informes de Rx. Realizadas.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.4.4.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD :

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **INFLIXIMAB** prescrito para el tratamiento de la patología **ARTRITIS REUMATOIDEA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- **Resumen de Historia Clínica**, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones: Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas; 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); Tumefacción articular o derrame articular en Carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas; Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones IFP, MCF, Muñeca, Codo, Rodilla, Tobillo y MTF, durante al menos 6 semanas consecutivas; Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares; Presencia de Factor Reumatoideo (FR); evidencia radiográfica en las manos o en los carpos de erosiones articulares u osteopenia en las articulaciones afectadas. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza; Laboratorio inmunológico.
Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **combinación con Metotrexato en pacientes adultos con Enfermedad Activa, cuando la respuesta a los Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (ARME), incluido el Metotrexato, ha sido inadecuada o en pacientes adultos con Enfermedad Grave, Activa y Progresiva no tratados previamente con Metotrexato u otros fármacos modificadores de la enfermedad, también en combinación con Metotrexato.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada, asociación a otros agentes. Se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Informes de Rx. Realizadas.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.4.5.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **RITUXIMAB** prescrito para el tratamiento de la patología **ARTRITIS REUMATOIDEA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.-Resúmen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones: Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas; 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); Tumefacción articular o derrame articular en Carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas; Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones IFP, MCF, Muñeca, Codo, Rodilla, Tobillo y MTF, durante al menos 6 semanas consecutivas; Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares; Presencia de Factor Reumatoideo (FR); evidencia radiográfica en las manos o en los carpos de erosiones articulares u osteopenia en las articulaciones afectadas. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza; Laboratorio inmunológico.
Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **combinación con Metotrexato en pacientes adultos para el tratamiento de Artritis Reumatoide Activa Grave que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAME), los cuales pueden incluir también uno o más tratamientos con Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral (TNF: Infliximab, Etanercept, Adalimumab).**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo /respuesta esperada, asociación a otros agentes. Se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Informes de Rx. Realizadas.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.4.6.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **TOCILIZUMAB** prescrito para el tratamiento de la patología **ARTRITIS REUMATOIDEA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- **Resúmen de Historia Clínica**, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones: Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas; 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); Tumefacción articular o derrame articular en Carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas; Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones IFP, MCF, Muñeca, Codo, Rodilla, Tobillo y MTF, durante al menos 6 semanas consecutivas; Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares; Presencia de Factor Reumatoideo (FR); evidencia radiográfica en las manos o en los carpos de erosiones articulares u osteopenia en las articulaciones afectadas. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza; Laboratorio inmunológico.
Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **pacientes adultos para el tratamiento de Artritis Reumatoide Activa Moderada o Grave que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAME), los cuales pueden incluir también uno o más tratamientos con Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral (TNF: Infliximab, Etanercept, Adalimumab) en combinación con Metotrexato o en monoterapia cuando el uso de Metotrexato no sea posible.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada, asociación a otros agentes. Se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Informes de Rx. Realizadas.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.4.7.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **TOFACITINIB** prescripto para el tratamiento de la patología **ARTRITIS REUMATOIDEA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- **Resumen de Historia Clínica**, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones: Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas; 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); Tumefacción articular o derrame articular en Carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas; Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones IFP, MCF, Muñeca, Codo, Rodilla, Tobillo y MTF, durante al menos 6 semanas consecutivas; Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares; Presencia de Factor Reumatoideo (FR); evidencia radiográfica en las manos o en los carpos de erosiones articulares u osteopenia en las articulaciones afectadas. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza; Laboratorio inmunológico.
Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **Pacientes adultos para el tratamiento de Artritis Reumatoide Activa Grave que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAME). Puede utilizarse en Monoterapia o asociado a Metotrexate, no pudiendo administrarse en forma conjunta con fármacos biológicos o inmunosupresores potentes.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada, asociación a otros agentes. Se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- 2.- Receta Médica**, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo; fecha de prescripción.

3.- Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Informes de Rx. Realizadas.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.4.8.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ADALIMUMAB** prescripto para el tratamiento de la patología **ARTRITIS REUMATOIDEA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones: Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas; 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); Tumefacción articular o derrame articular en Carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas; Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones IFP, MCF, Muñeca, Codo, Rodilla, Tobillo y MTF, durante al menos 6 semanas consecutivas; Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares; Presencia de Factor Reumatoideo (FR); evidencia radiográfica en las manos o en los carpos de erosiones articulares u osteopenia en las articulaciones afectadas. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza; Laboratorio inmunológico.
- Tratamientos previos** efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en pacientes adultos para el tratamiento de **Artritis Reumatoide Activa Moderada a Grave, como Monoterapia o en combinación con Metotrexato, cuando la respuesta a los fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (ARME), incluido el metotrexato, haya sido inadecuada**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo /respuesta esperada, asociación a otros agentes. Se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- 2.- Receta Médica**, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Informes de Rx. Realizadas.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.4.9.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **CERTOLIZUMAB PEGOL** prescrito para el tratamiento de la patología **ARTRITIS REUMATOIDEA**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- **Resúmen de Historia Clínica**, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** presencia de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones: Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la máxima mejoría, durante al menos 6 semanas consecutivas; 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); Tumefacción articular o derrame articular en Carpo, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas; Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones IFP, MCF, Muñeca, Codo, Rodilla, Tobillo y MTF, durante al menos 6 semanas consecutivas; Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares; Presencia de Factor Reumatoideo (FR); evidencia radiográfica en las manos o en los carpos de erosiones articulares u osteopenia en las articulaciones afectadas. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza; Laboratorio inmunológico.
Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en pacientes adultos para el tratamiento **de Artritis Reumatoide Activa Grave, que hayan presentado una respuesta inadecuada o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME).**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada, asociación a otros agentes. Se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.
- 2.- Receta Médica**, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.- Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Informes de Rx. Realizadas.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.5.1.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ADALIMUMAB** prescripto para el tratamiento de la patología **ESPONDILOARTRITIS**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Tres criterios clínicos o un criterio radiológico sin otra causa que explique la patología. **Criterios clínicos:** Dolor lumbar mayor a 3 meses que mejora con el ejercicio y no cede con el reposo; Limitación de la movilidad de la columna lumbar en los planos frontal y sagital; Reducción de la expansión torácica corregida por edad y sexo. **Criterios radiológicos:** Sacroileítis mayor a grado 2 bilateral; Sacroilitis grado 3-4 unilateral. La Espondilitis Axial No Radiológica se considera un estadio previo a la Espondilitis Anquilosante, para su diagnóstico no es necesario demostrar Sacroilitis radiológica. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza. Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **Espondilitis Anquilosante Activa, con evidencia radiológica o sin ella, en pacientes adultos que han respondido inadecuadamente al tratamiento convencional.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo /respuesta esperada, asociación a otros agentes. Se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Informes de Rx. Realizadas.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.5.2.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **CERTOLIZUMAB PEGOL** prescripto para el tratamiento de la patología **ESPONDILOARTRITIS**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Tres criterios clínicos o un criterio radiológico sin otra causa que explique la patología. **Criterios clínicos:** Dolor lumbar mayor a 3 meses que mejora con el ejercicio y no cede con el reposo; Limitación de la movilidad de la columna lumbar en los planos frontal y sagital; Reducción de la expansión torácica corregida por edad y sexo. **Criterios radiológicos:** Sacroileitis mayor a grado 2 bilateral; Sacroilitis grado 3-4 unilateral. La Espondilitis Axial No Radiológica se considera un estadio previo a la Espondilitis Anquilosante, para su diagnóstico no es necesario demostrar Sacroilitis radiológica. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza. Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **Espondilitis Anquilosante o Espondilitis Axial No Radiográfica Activa, Grave, en pacientes adultos que han respondido inadecuadamente al tratamiento convencional.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo /respuesta esperada, asociación a otros agentes. Se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Informes de Rx. Realizadas.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.5.3.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **ETANERCEPT** prescripto para el tratamiento de la patología **ESPONDILOARTRITIS**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Tres criterios clínicos o un criterio radiológico sin otra causa que explique la patología. **Criterios clínicos:** Dolor lumbar mayor a 3 meses que mejora con el ejercicio y no cede con el reposo; Limitación de la movilidad de la columna lumbar en los planos frontal y sagital; Reducción de la expansión torácica corregida por edad y sexo. **Criterios radiológicos:** Sacroileítis mayor a grado 2 bilateral; Sacroilitis grado 3-4 unilateral. La Espondilitis Axial No Radiológica se considera un estadio previo a la Espondilitis Anquilosante, para su diagnóstico no es necesario demostrar Sacroilitis radiológica. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza. Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **Espondilitis Anquilosante Activa, Grave, en pacientes adultos que han respondido inadecuadamente al tratamiento convencional.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo /respuesta esperada, asociación a otros agentes. Se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Informes de Rx. Realizadas.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.5.4.

Sr./ Sra. Afiliado/a de OSPLAD:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **GOLIMUMAB** prescripto para el tratamiento de la patología **ESPONDILOARTRITIS**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Tres criterios clínicos o un criterio radiológico sin otra causa que explique la patología. **Criterios clínicos:** Dolor lumbar mayor a 3 meses que mejora con el ejercicio y no cede con el reposo; Limitación de la movilidad de la columna lumbar en los planos frontal y sagital; Reducción de la expansión torácica corregida por edad y sexo. **Criterios radiológicos:** Sacroileitis mayor a grado 2 bilateral; Sacroilitis grado 3-4 unilateral. La Espondilitis Axial No Radiológica se considera un estadio previo a la Espondilitis Anquilosante, para su diagnóstico no es necesario demostrar Sacroilitis radiológica. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza. Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **Espondilitis Anquilosante Grave, en pacientes adultos que han respondido inadecuadamente al tratamiento convencional.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada, asociación a otros agentes. Se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Informes de Rx. Realizadas.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.



INSTRUCTIVO PARA GESTION DE MEDICACIÓN ESPECIAL:

Form. N.1.5.5.

Sr./ Sra. Afiliado/a de **OSPLAD**:

Se informa a Ud. que, con el fin de realizar la solicitud de **INFLIXIMAB** prescripto para el tratamiento de la patología **ESPONDILOARTRITIS**, deberá presentar en forma completa la documentación que se detalla a continuación, la cual será recepcionada en el Centro de Atención al Beneficiario del Consejo Local correspondiente, y remitida a la Gerencia de Prestaciones Médicas de la **Obra Social para la Actividad Docente**, para su análisis:

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORIGINAL:

1.- Resumen de Historia Clínica, firmada y sellada por médico Reumatólogo:

- Datos del Beneficiario** (nombre y apellido o codificación, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo).
- Antecedentes de la enfermedad:** Tres criterios clínicos o un criterio radiológico sin otra causa que explique la patología. **Criterios clínicos:** Dolor lumbar mayor a 3 meses que mejora con el ejercicio y no cede con el reposo; Limitación de la movilidad de la columna lumbar en los planos frontal y sagital; Reducción de la expansión torácica corregida por edad y sexo. **Criterios radiológicos:** Sacroileítis mayor a grado 2 bilateral; Sacroilitis grado 3-4 unilateral. La Espondilitis Axial No Radiológica se considera un estadio previo a la Espondilitis Anquilosante, para su diagnóstico no es necesario demostrar Sacroilitis radiológica. Detalle del cuadro clínico y estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza. Tratamientos previos efectuados detallando drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas.
- Diagnóstico de certeza con detalle del fundamento terapéutico:** indicada en **Espondilitis Anquilosante Activa, Grave, en pacientes adultos que han respondido inadecuadamente al tratamiento convencional.**
- Fundamentación médica del uso de la medicación solicitada**, detallando las dosis a utilizar / tiempo / respuesta esperada, asociación a otros agentes. Se deberá demostrar el fracaso en la respuesta a terapias previas con otras drogas.

2.-Receta Médica, que deberá contener: Datos del Beneficiario (nombre y apellido o código, N° de afiliado, edad, sexo), Diagnóstico, Nombre genérico del medicamento de acuerdo a la Ley N° 25.649, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número; Firma y sello de médico Reumatólogo tratante; fecha de prescripción.

3.-Consentimiento Informado, firmado por médico especialista y el paciente o su representante. En patologías de tratamiento crónico, se solicitará una nueva presentación del Consentimiento Informado, cuando se propongan cambios en la modalidad de tratamiento.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN FOTOCOPIA:

Estudios complementarios que avalen el diagnóstico:

- Laboratorio Inmunológico.**
- Informes de Rx. Realizadas.**

Nota: la documentación a presentar será evaluada por la Gerencia de Prestaciones Médicas, quien podrá solicitar ampliación de documentación. Su recepción no implica la aprobación del tratamiento indicado.