

Tratamiento por vía de Excepción

Datos a completar por el médico tratante (con letra de imprenta muy clara)

Nombre y Apellido del Afiliado

Afiliado N° _____

A partir del día de la fecha, se otorgará financiación por vía de excepción, a los tratamientos de Artritis Reumatoidea con **Infliximab o Etanercept**, siempre que los casos cumplan con la totalidad de los siguientes criterios:

1 Debe tratarse de un caso de A.R. Activa

- Con 5 o más articulaciones inflamadas o dolorosas, más:
- VSG > de 28 mm o PCR elevada en dos estudios con un mes de intervalo, más:
- Clase funcional II A IV:

Clase I: paciente capaz de realizar todas las actividades habituales de la vida diaria.

Clase II: paciente capaz de realizar todas las actividades habituales de su cuidado personal y su labor profesional, pero limitado en las actividades de entretenimiento.

Clase III: paciente capaz de realizar todas las actividades usuales de su cuidado personal, pero limitado en las actividades profesionales y de entretenimiento.

Clase IV: paciente con limitada capacidad para realizar las actividades usuales de su cuidado personal, profesional y de entretenimiento.

En casos clase IV, con baja actividad de AR y anquilosis no se reconoce.

De los datos detallados, los correspondientes a este paciente son:

2 Sin respuesta adecuada

Respuesta ACR <20% a las 16 semanas de tratamiento a por lo menos dos Drogas Modificadoras de la Artritis Reumatoidea (DMARDs) una de las cuales debe haber sido **Metotrexato** utilizado durante al menos 4 (cuatro) meses.

DMARDs: Metotrexato, Sales de Au, Sulfasalazina, Ciclosporina, Penicilamina fueran utilizadas solas o en combinación.

3 No se reconocen los siguientes supuestos:

- Como tratamiento inicial.
- Menos de 4 (cuatro) meses de tratamiento sin respuesta.
- Consignar los **DMARDs** y por cuánto tiempo se utilizó ese esquema sin resultado:

- En especial si se utilizó la combinación **Metotrexato - Leflunamida** y por cuánto tiempo se utilizó:

Tratamiento por vía de Excepción

Datos a completar por el médico tratante (con letra de imprenta muy clara)

Nombre y Apellido del Afiliado Afiliado N° _____

4 Asimismo y como Requisito Previo a la eventual autorización del tratamiento con Etanercept, como protocolo Pretratamiento, deberá hacer llegar a la Auditoría de la Obra Social los siguientes elementos relativos al estado inmunitario del paciente:

- Rutina de Laboratorio.
- Inmunograma electroforético completo.
- Serología para Hepatitis B y C, CMV, HIV.
- Rx de tórax
- PPD (<10mm)
- Certificación de vacuna antineumoccocica.

Fecha _____

Aclaración _____

Firma y sello _____