

ARTRITIS PSORIASICA: ¿Cómo hacer para tramitar la medicación cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado?

1. Primero debe descargar de la página web el/los archivos de la patología **"ARTRITIS PSORIASICA"**. Los mismos también están disponibles en las Agencias de Unión Personal y Accord Salud de todo el país.
Si Ud. quiere conocer su delegación más cercana debe consultar la página web <http://www.unionpersonal.com.ar/application/mods/agencias/>
2. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos :
 - Apremilast
 - Adalimumab
 - Certolizumab pegol
 - Golimumab
 - Etanercept
 - Infliximab
 - Secukinumab
 - Ustekinumab
3. Por favor, comuníquelo al médico reumatólogo que la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.
4. En el **FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS EN ARTRITIS PSORIASICA** complete Ud. con letra clara TODOS los datos solicitados en la sección A) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.
5. Su médico reumatólogo de cartilla o de Hospital Público, debe completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello. La sección C) es de exclusivo uso interno de auditoría por lo que no escriba en esa sección.
6. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en punto 7, deberá realizarse a través de la página **web de Union Personal o Accord Salud de acuerdo a su plan de afiliación ingresando a: AUTOGESTIÓN – AUTORIZACIONES – NUEVA AUTORIZACION – MEDICAMENTOS ALTO COSTO**. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de Unión Personal/Accord Salud.
7. Documentación que debe presentar:
 - **Formulario completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.**
 - **Estudios requeridos en el formulario.**
 - **Recibos de pago de mono tributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.**
 - **Fotocopia de la credencial de afiliado.**

POR FAVOR, GUARDE TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, UNIÓN PERSONAL/ACCORD SALUD PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

8. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación a través de la página **web de Union Personal o Accord Salud de acuerdo a su plan de afiliación ingresando a: AUTOGESTIÓN – AUTORIZACIONES – NUEVA AUTORIZACION – MEDICAMENTOS ALTO COSTO**. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de Unión Personal/Accord Salud
9. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS EN ARTRITIS PSORIASICA

A) Sr/a. AFILADO: COMPLETE TODOS LOS DATOS SOLICITADOS A CONTINUACIÓN

Nombre y apellido del titular de la Obra Social:		
Número de afiliado del titular:	DNI del titular:	
Nombre y apellido del paciente:		
D.N.I. del paciente:	N° de afiliado del paciente:	
Parentesco con el titular:	Plan:	
Dos teléfonos de contacto:		
Domicilio:		
Correo electrónico de contacto:		
Fecha de nacimiento del paciente:	Sexo:	Edad:
	Peso:	
Firma del solicitante	Aclaración de la firma	Fecha

B) ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO REUMATOLOGO TRATANTE

Nombre y apellido del paciente:.....D.N.I.:.....

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Por favor, realice un círculo en los criterios que presentó el/la paciente durante la enfermedad y puntúe la clasificación CASPAR que incluye la presencia de enfermedad inflamatoria articular (periférica, espinal o entesítica) con 3 o más puntos en cualquiera de las 5 categorías siguientes:

- Psoriasis actual o historia personal o familiar de psoriasis.
- Distrofia unguea psoriasica ; incluido onicólisis, pitting e hiperqueratosis.
- Test negativo para el factor reumatoide determinado por cualquier método, excepto por látex.
- Presencia de Dactilitis actual o antecedentes de dactilitis registrado por un reumatólogo.

- Evidencia radiográfica de formación de nuevo hueso yuxtaarticular, excluyendo la formación de osteofitos .

Puntaje CASPAR

El/La paciente, ¿ha recibido otros tratamientos? Por favor, háganos saber cuáles.

Tratamientos previos	Dosis máxima alcanzada	Tiempo de tratamiento	Respuesta observada	Motivo de suspensión

Si no ha recibido fármacos modificadores de enfermedad (FAME), por favor explique la razón:.....

.....

Medicación que solicita actualmente para su paciente en el tratamiento de la artritis psoriásica.

Nombre genérico:	Presentación:
Dosis diaria:	Dosis mensual:
Tiempo estimado de tratamiento:	Peso:
	Altura:

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente. Por favor, aclare con qué dosis ha logrado una respuesta deseable:

.....

.....

A continuación, complete la sección del medicamento que corresponde únicamente según su prescripción con el fin de completar el fundamento terapéutico:

- **Adalimumab**

Ud está indicando Adalimumab ... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.	SI	NO
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

- **Certolizumab pegol**

Ud está indicando Certolizumab pegol ... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.	SI	NO
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

- **Golimumab**

Ud está indicando Golimumab ... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.	SI	NO
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

- **Etanercept**

Ud está indicando Etanercept ... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.	SI	NO
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

- **Infliximab**

Ud está indicando Infliximab ... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.	SI	NO
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

- **Apremilast**

Ud está indicando Apremilast ... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.	SI	NO
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

- **Secukimumab**

Ud está indicando Secukimumab ... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

En monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.	SI	NO
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

- **Ustekinumab**

Ud está indicando Ustekinumab ... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

n monoterapia o asociado a metotrexato en artritis psoriásica activa y progresiva cuando la respuesta a la terapia previa con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) no ha sido adecuada.	SI	NO
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

Criterios de evaluación de actividad

NO SI

ACR*20

ACR 50

ACR 70

* American College of Rheumatology response

Firma del médico	Sello	Fecha
Sello de la Institución		Teléfono de contacto

c) ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA AL MÉDICO AUDITOR DE UNIÓN PERSONAL/ACCORD SALUD

Detallar las observaciones de auditoría

<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SE AUTORIZA <input type="checkbox"/> NO SE AUTORIZA </div>

Fecha:...../...../.....

Firma del médico AUDITOR	Sello	Teléfono /Interno UP
---------------------------------	--------------	-----------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente (nombre/s y apellido/s)..... de..... años
de edad, con domicilio en
.....DNI y N° de afiliado.....

Completar en caso de ser necesario:

Representante legal (nombre/s y apellido/s)
de años de edad, con domicilio en.....
y DNI, en calidad de (indicar relación con el paciente):.....

DECLARO:

Que el Dr. MN..... especialista en
....., me ha informado de forma comprensible acerca del
tratamiento con la medicación (indicar nombre genérico)
para la patología (consignar diagnóstico)
Verbalmente me fue informado sobre los posibles beneficios/resultados deseados del
tratamiento; los posibles riesgos, efectos adversos y/o secundarios (incluyendo riesgos para
mujeres embarazadas o en período de lactancia); las posibles alternativas terapéuticas; los
posibles resultados si no se toma/aplica la medicación recomendada y la posibilidad de que la
dosis del medicamento pueda requerir ser ajustada en el tiempo; asimismo he sido informado
sobre el derecho a participar activamente en mi tratamiento discutiendo inquietudes o
preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la
medicación.

El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para
reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual
se me facilita una copia.

En a losdías del mes dede 20.....

Firma:

(Paciente/Representante legal)

Aclaración:

Firma:

(Médico)

Sello: