



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES  
MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Planificación Sanitaria  
Dirección General de Coordinación, Tecnologías y Financiamiento en Salud *Gerencia*  
*Operativa de Evaluación y Planificación de Medicamentos, Insumos y Prótesis*

**PLANTILLA DE CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO CON MEDICAMENTO BIOLÓGICO PARA ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS**  
*Por favor completar todos los campos, con letra clara.*

**DATOS DEL PACIENTE**

**FECHA:**

APELLIDO Y NOMBRE:	
DNI:	OBRA SOCIAL/PREPAGA:
EDAD:	N ° AFILIADO:
DOMICILIO:	
LOCALIDAD/PROVINCIA:	TE DE CONTACTO:

**DATOS DEL PRESCRIPTOR**

APELLIDO Y NOMBRE:	
UNIDAD/SERVICIO:	MN:
HOSPITAL:	TE DE CONTACTO:
E-MAIL	

**DATOS DE LA PRESCRIPCIÓN**

DIAGNÓSTICO		
Medicación		
Fecha inicio		
Dosis y frecuencia		
ESCALA DE SEGUIMIENTO SEGÚN PATOLOGÍA* *Para AR: <b>DAS 28</b> LES: <b>SLEDAI</b> Artritis Psoriásica: <b>DAS 28 Y PASI</b> Espondiloartritis: <b>BASDAI</b>	Puntaje previo y fecha	Puntaje actual y fecha

**RESERVADO GOEPMIP – UGEM**

**AUTORIZANTE:**

**FECHA:**

**PROVISIÓN: UGEM / DADSE**

\_\_\_\_\_  
FIRMA/SELLO DEL MÉDICO PRESCRIPTOR Y  
JEFE SERVICIO/UNIDAD (o SUB/DIRECTOR  
MÉDICO).