



**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 SOLICITUD DE MEDICAMENTO BIOLÓGICO PARA ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS
INICIO-CAMBIO DE TRATAMIENTO**

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	FECHA DIAGNÓSTICO:			
HISTORIA CLINICA	Laboratorio inmunológico (aclarar fecha)			
	Estudios complementarios relevantes (aclarar fecha)			
TRATAMIENTOS PREVIOS REALIZADOS y RESPUESTA	Fármaco	Dosis	Tiempo de uso	Causa de suspensión

FÁRMACOS EN USO ACTUAL	Fármaco	Dosis	Tiempo en dosis

ACTIVIDAD CLÍNICA Para AR: DAS 28 Para LES: SLEDAI Para Artritis Psoriásica DAS 28 y PASI Para Espondiloartritis: BASDAI	Puntaje previo y fecha	Puntaje actual y fecha

Criterio de inicio de medicamento biológico (Marque lo que corresponda)	Falla a tratamiento con DMARDS convencionales	
	intolerancia/reacciones adversas	
	Otro	

Medicación solicitada	
Dosis y frecuencia	
Peso	

Requisitos previo inicio de medicación biológica (completar los casilleros)		Resultado
	TBC (PPD y Rx de tórax)	
	HIV	
	Ag HBs VHB	
	Ac CT VHB	
	Ac VHC	
		Fecha
	Vacunación hepatitis B	
	Vacunación antineumocócica	
	Vacunación antigripal	

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

RESERVADO GOEPMIP – UGEM

AUTORIZANTE:
FECHA:

PROVISIÓN: UGEM / DADSE