

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS EN PSORIASIS EN PLACA

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

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

B) ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO DE CARTILLA O DE HOSPITAL

PÚBLICO TRATANTE

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

### Resumen de la historia clínica del paciente

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

¿El/La paciente presenta lesiones cutáneas? SI / NO

Descripción de las lesiones:.....

Por favor, describa los resultados de la anatomía patológica de alguna de las lesiones:.....

.....

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

Tratamiento previo	Dosis	Tiempo de tratamiento	Respuesta observada	Motivo de suspensión

razón:.....

.....

Medicación que solicita actualmente:

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):

Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metotrexato o ciclosporina).	SI	NO
---	----	----

• **Etanercept**

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

Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metotrexato o ciclosporina).	SI	NO
---	----	----

• **Infliximab**

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

Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metotrexato o ciclosporina).	SI	NO
---	----	----

• **Certolizumab pegol**

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

Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metotrexato o ciclosporina).	SI	NO
---	----	----

• **Apremilast**

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

Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metrotrexato o ciclosporina).	SI	NO
--	----	----

- Secukimumab**

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

Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metrotrexato o ciclosporina).	SI	NO
--	----	----

- Ustekinumab**

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

Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metrotrexato o ciclosporina).	SI	NO
--	----	----

- Ixequizumab**

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

Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metrotrexato o ciclosporina).	SI	NO
--	----	----

- Guselkumab**

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

Pacientes adultos con psoriasis en placa moderada a severa, con respuesta inadecuada o intolerancia a terapias sistémicas convencionales (como por ejemplo metrotrexato o ciclosporina).	SI	NO
--	----	----

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

SE AUTORIZA  
NO SE AUTORIZA



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

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

**Criterios de evaluación de actividad según corresponda:**

	No	Si
PASI 75		
PASI 90		
SPGA 0		
SPGA 1		

Progresión de la enfermedad: NO – SI

Efectos adversos de medicación: NO – SI

En caso de SI por favor marcar según corresponda:

- Neutropenia
- Reacción alérgica
- Infecciones bacterianas
- Hepatotoxicidad
- Toxicidad pulmonar
- otros

## 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 los .....días del mes de .....de  
20.....

Firma: .....

Firma:

..... (Paciente/Representante legal) (Médico)