

SOLICITUD DE TERAPIAS BIOLÓGICAS DE S. REUMATOLOGÍA A S. FARMACIA.

ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Apellidos.....Nombre.....
NºHª ClínicaNº Afiliación
SS.....Edad.....Sexo.....Peso.....
Médico responsableNº de colegiado.....
Servicio/Consulta.....Hospital.....Cama.....

Para indicar una terapia biológica (TB) se cumplirán los criterios de indicación de TB recogidos en la Guía Clínica de uso en Aragón de las terapias biológicas en las espondiloartropatías

PRIMER NIVEL O INICIO DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO

Anti TNF subcutáneo
etanercept .
adalimumab.

Infliximab

Infliximab 5 mg/kg (si peso del paciente es inferior a 70 kg y tiene manifestaciones axiales y/o articulares extensas.)
Infliximab a dosis de 3 mg/kg

SEGUNDO NIVEL

Por fracaso al menos un antiTNF utilizado durante 3 meses
 Por contraindicación o acontecimientos adversos a los fármacos del primer nivel.
Indicar.....

Golimumab.

TERCER NIVEL.

Por fracaso a terapia con fármaco del segundo nivel.
 Por contraindicación o acontecimientos adversos a los fármacos del nivel anterior .
Indicar.....

Infliximab 5 mg/kg

Medicamento	Pauta	Cantidad solicitada	Cantidad suministrada	Código

Fecha.....

Firma Reumatólogo

Firma del farmacéutico

Firma del médico Responsable TB