

**ARTRITIS REUMATOIDEA**

Nombre y Apellido							
Beneficiario N°				Fecha Nac. / /			
Fecha inicio de la enfermedad / /				Peso Kg		Talla cm	
<b>Resumen de HC:</b>							
<b>Tratamientos farmacológicos previos</b>							
Droga	Dosis	Tiempo	Resultados	Droga	Dosis	Tiempo	Resultados
<b>Laboratorio específico actual: serología reumática y reactantes de fase aguda</b>							
Factor R		VSG		PCR		Anti-CCP	
Adjuntar protocolos de laboratorio firmados por bioquímico Ante factor reumatoideo y ant-iCCP negativos, remita imágenes Rx originales de manos y pies.							
<b>Fármaco solicitado por vía de excepción</b>							
Droga		Presentación			Dosis		
* Monodroga SÍ / NO Asociada con:							

Articulaciones	IZQUIERDO		DERECHO	
	DOLOROSAS	INFLAMADAS	DOLOROSAS	INFLAMADAS
Hombros				
Codos				
Muñecas				
MCF 1				
MCF 2				
MCF 3				
MCF 4				
MCF 5				
IFP 1				
IFP 2				
IFP 3				
IFP 4				
IFP 5				
Rodillas				
Subtotal				

TOTAL	DOLOROSAS	
	INFLAMADAS	

 DAS 28 

HAQ		Adjuntar formulario con firma y aclaración del paciente
-----	--	--

 .....  
 Firma y aclaración del paciente

**VAS**

global del paciente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lugar y fecha

 Firma y sello del médico especialista  
 Tel.  
 Mail