

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha Nac. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Beneficiario N°: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la enfermedad \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg Talla: \_\_\_\_\_ cm

RESUMEN DE HC: \_\_\_\_\_

## TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

## LABORATORIO ESPECÍFICO ACTUAL: SEROLOGÍA REUMÁTICA Y REACTANTES DE FASE AGUDA

Factor R: \_\_\_\_\_ VSG: \_\_\_\_\_ PCR: \_\_\_\_\_ Anti-CCP: \_\_\_\_\_

Adjuntar protocolos de laboratorio firmados por bioquímico.

Ante factor reumatoideo y anti-CCP negativos, remita imágenes Rx originales de manos y pies.

## FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Droga	Presentación	Dosis

\* Monodroga:  SI  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.

VAS global del paciente 

LUGAR \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA \_\_\_\_\_

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.