

Formulario (16): ARTRITIS REUMATOIDEA

Nombre y Apellido							
Beneficiario N°				Fecha Nac. / /			
Fecha inicio de la enfermedad / /			Peso		Kg	Talla cm	
Resumen de HC:							
Tratamientos farmacológicos previos							
Droga		Dosis	Tiempo	Resultados	Droga		Dosis
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 ant-iCCP negativos, remita imágenes Rx originales de manos y pies.							
Fármaco solicitado por vía de excepción							
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