

Formulario (16): ARTRITIS REUMATOIDEA

Nombre y Apellido			
Beneficiario N°			
Fecha inicio tto. / /		Peso	Talla cm
Actualización resumen de HC:			
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 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

Lugar y fecha

Firma y sello del médico especialista
Tel.
Mail