

**Formulario (16): ARTRITIS REUMATOIDEA**

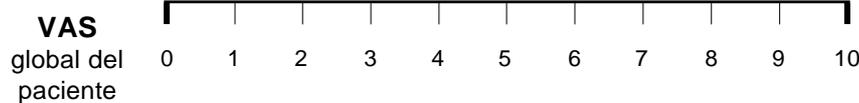
Nombre y Apellido			
Beneficiario N°			
Fecha inicio tto.    /    /		Peso	Talla                      cm
<b>Actualización resumen de HC:</b>			
<b>Laboratorio específico actual: serología reumática y reactantes de fase aguda</b>			
Factor R	VSG	PCR	Anti CCP
Adjuntar protocolos de laboratorio firmados por bioquímico. Ante factor reumatoideo y anti-CCP 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				

<b>TOTAL</b>	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