

Nombre y Apellido: _____ Beneficiario N°: _____

Diagnóstico CIE 10 (texto o código): _____

Fecha inicio de enfermedad: ____ / ____ / ____ Edad: _____ BMI: _____

ARTICULACIONES AFECTADAS

MANO: Izq. Der. RODILLA: Izq. Der. CADERA: Izq. Der.

Otras (detallar): _____

DESCRIPCIÓN CUADRO CLÍNICO

COMORBILIDADES

NO SI. Detallar: _____

OTRAS FUENTES DE DOLOR PERIARTICULAR (MARCAR LO QUE CORRESPONDE)

Quistes (Ej. Baker) Tendinitis Adenopatías Meralg. Pares.
 Fibromialgia Flebitis Radic. Lumb. Bursitis

Otras (detallar): _____

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultado	Droga	Dosis	Tiempo	Resultado

TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS (MARCAR LO QUE CORRESPONDA)

Dieta Terapia man. Hidroterapia Plantillas Acupuntura Magnetoterapia Electroestimulación
 Férulas Ejercicios TENS Bastón Laserterapia Vendaje patelar Termoterapia (frío)

CUESTIONARIO WOMAC ó WOMAC-ab (p/ OA rodilla y cadera) _____ ESCALA EVA (OA manos): _____

IMÁGENES (SOLICITUD DE INICIO)

Radiografía simple ambas rodillas F y P Radiografía simple ambas manos F Radiografía panorámica pelvis
 Ecografía (en compromiso de tejidos blandos, sinovitis o derrame articular) RMI (en alteraciones ligamentarias meniscales y traumatismos previos)

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Droga	Presentación	Dosis	Cant. envases / mes

Monodroga: SI NO Asociada con: _____

Duración total estimada del tratamiento: _____

LUGAR

Tel: _____

Fax: _____

FECHA FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Mail: _____

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