

Nombre y Apellido					Beneficiario N°			
Diagnostico CIE 10 (Texto o código)								
Fecha inicio de enfermedad				Edad		BMI		
ARTICULACIONES AFECTADAS								
Mano	I	D	Rodilla	I	D	Cadera	I	D
Otras (detallar)								
DESCRIPCION CUADRO CLINICO								
COMORBILIDADES NO /SI (detallar)								
OTRAS FUENTES DE DOLOR PERIARTICULAR (Marcar lo que corresponde)								
Quistes (ej: Baker)	Tendinitis	Adenopatias	Meralg. Pares.	Fibromialgia	Flebitis	Radic. Lumb.	Bursitis	
Otra (detalles)								
TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS PREVIOS								
Droga	Dosis	Tiempo	Resultados	Droga	Dosis	Tiempo	Resultados	
TRATAMIENTOS NO FARMACOLOGICOS (marcar lo que corresponde)								
Dieta	Terapia man	Hidroterapia	Plantillas	Acupuntura	Magnetoterapia	Electroestimulación		
Férulas	Ejercicios	TENS	Bastón	Laserterapia	Vendaje patelar	Termoterapia (Frio)		
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 ó 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 y fecha					Firma y sello del medico especialista			Tel.
								Fax
								Mail
NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora								