

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac. _____ / _____ / _____

Beneficiario N°: _____

Fecha de inicio de la enfermedad _____ / _____ / _____ Peso: _____ kg Talla: _____ cm

RESUMEN DE HC: _____

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

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: ☐ SI ☐ 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.

VAS global del paciente

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

LUGAR

FECHA FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE

Tel: _____

Mail: _____

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