



REGISTRO ARTRITIS REUMATOIDE
DMARDs

FORMULARIO DE SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN

TIPO de EMPADRONAMIENTO	INICIO Fecha /...../.....		
	CAMBIO DE ESQUEMA Fecha/...../.....	Por toxicidad	Por fallo terapéutico

FECHA DE DIAGNÓSTICO/...../.....
----------------------	-------------------

DATOS DEL PACIENTE	Nombre y Apellido		
	Nº Afiliado DOS/.....	Directo	Indirecto <input type="checkbox"/>
	Edad:	Sexo: F M	Fecha de nacimiento:/...../.....	
	Domicilio.....			
	Teléfono..... Celular.....			
MÉDICO REUMATÓLOGO	Matrícula:.....		Teléfono.....	
	Domicilio de Atención:.....			
	Horario de atención:..... e-mail:			

REQUISITOS A ADJUNTAR	Hemograma completo
	Eritrosedimentación VSG
	Proteína c Reactiva PCR cuantitativa
	GOT..... GPT.....
	IMÁGENES: RX manos pies <input type="checkbox"/> RMI <input type="checkbox"/> Ultrasonografía <input type="checkbox"/>
	Factor reumatoideo (látex, Rosse Ragan, Ac. – péptidos citrulinados)
	Clearance de creatinina:

EXAMEN ARTICULAR		Dolorosas	Inflamadas		Dolorosas	Inflamadas
	Hombro D			Hombro I		
	Codo D			Codo I		
	Muñeca D			Muñeca I		
	1º IFP D			1º IFP I		
	2º IFP D			2º IFP I		
	3º IFP D			3º IFP I		
	4º IFP D			4º IFP I		
	5º IFP D			5º IFP I		
	1º MCF D			1º MCF I		
	2º MCF D			2º MCF I		
	3º MCF D			3º MCF I		
	4º MCF D			4º MCF I		
	5º MCF D			5º MCF I		
	Rodilla D			Rodilla I		

Número de articulaciones dolorosas NAD. Rango 0-28	
Número de articulaciones tumefactas NAT. Rango 0-28	
VSG o PCR (cuantitativo)	
Evaluación global de la enfermedad por el paciente, por EAV. (mm)	
RESULTADO DAS 28	

Régimen terapéutico de los últimos 6 meses		Dosis/Fecha		Dosis/Fecha
	Analgésicos		Azatioprina	
	AINE		Ciclosporina	
	Corticoides		Leflunomida	
	Metotrexato		Sulfazalasina	
	Hidroxicloroquina		Otros	

ESQUEMA PROPUESTO	Monodroga	Dosis

REQUISITOS DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	Estudio	Frecuencia
	DAS 28	c/3 meses <input type="checkbox"/> .../..../.... c/6 meses <input type="checkbox"/> .../.../....
	HAQ	c/6 meses <input type="checkbox"/>/.../....

Este formulario constituye DDJJ:”Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de mi paciente. La documentación de respaldo será expuesta ante el requerimiento de la Auditoría Médica”

Firma y sello del profesional especialista prestador
San Juan, a los..... del mes.....del Año.....

Observaciones de Auditoría

.....
.....
.....

Firma y sello del Auditor.....Fecha /.../.....

Los datos solicitados son obligatorios y su ausencia o ilegibilidad impide el trámite de empadronamiento. Se sugiere llenar con letra imprenta y clara.