

Nombre y Apellido: _____

Beneficiario N°: _____

Fecha de inicio tto. ____/____/____ Peso: _____ kg Talla: _____ cm

ACTUALIZACIÓN RESUMEN DE HC: _____

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

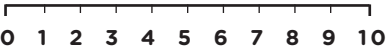
Dolorosas: _____

Inflamadas: _____

DAS 28: _____

HAQ: _____

Adjuntar formulario con firma y aclaración del paciente.

VAS global del paciente 

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE

LUGAR

Tel: _____

Mail: _____

FECHA FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA