

Nombre y Apellido: Joe Doe Fecha Nac. 28 / 05 / 1993

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muñecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCF 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCF 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCF 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCF 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCF 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IFP 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IFP 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IFP 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IFP 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IFP 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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.