

Solicitud de tratamiento. Patologías Inflamatorias Crónicas y Reumáticas.

Para ser completado por el profesional actuante

Nombre y Apellido:	
Nº Afiliado:	Tel.:
E-mail:	

Enfermedades Inflamatorias Crónicas y Reumáticas:

Arthritis Reumatoidea (M05)

Polimiositis (M33.2)

Lupus Eritematoso Sistémico (M32)

Dermatopolimiositis (M33)

Esclerosis Sistémica Progresiva (M34.0)

Síndrome de Sjögren (M35.0)

Gota Crónica (10)

Polimialgia Reumática (M35.3)

Artiritis Reumatoidea Juvenil (M08.0)

Colitis Ulcerosa (K51)

Enfermedad de Crohn (K50)

Factor reumatodeo (FR)

negativo

positivo

valor: UI/ml

Manifestaciones Articulares (si corresponde)

Articulaciones	Hinchadas	Doloridas
Grandes		
Pequeñas		

Resumen de Historia Clínica:

[illegible]**Auditoría**(autorizado o denegado):**PARA SER COMPLETADO POR IPROSS**

Delegación:	Fecha: / /
Firma y sello del personal responsable:	