

Név: [REDACTED]  
TAJ: [REDACTED]  
Születési dátum: [REDACTED] (58 éves)  
Lakcím: [REDACTED]  
Ellátó szakorvos neve és kódja: [REDACTED]  
Beküldő: [REDACTED]  
Jogviszony: A TAJ érvényes, jogviszonya rendezett  
Vizsgálat ideje: 2016. 04. 07. 12:20  
Ellátás azonosítója: ELL2016040704

**Státusz:**

A beteg panaszai fokozódtak az elmúlt hónapokban. Reggeli ízületi merevség ismét 1 órát meghaladó, fájdalmas duzzanat a kéz kisízületeiben, valamint térdízületi fájdalomról is beszámol. DAS28: 5.4, CRP 35 mg/L, We 42 mm/h – Aktív betegség. NSAID és methotrexát mellett sem érhető el kielégítő kontroll.

**Diagnózisok:** Rheumatoid arthritis, szeropozitív (M0580)

**Beavatkozások:** Kontrollvizsgálat, konzílium (11301), Mozgásszervek teljes körű fizikális vizsgálata (13600), Mozgásterjedelem vizsgálata a végtagi ízületekben (13630)

**Felírt vények:**

Gyógyszer neve	Kiszerezés	Db.	Jogcím
EBETREXAT	20 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x0,5ml előretöltött fecskendőben	emelt támogatás (EÜ90)
HUMA- FOLACID	5 mg tabletta	50x buboréksomagolásban	normatív támogatás
PREDNISOLON	5 mg tabletta	30x	normatív támogatás

**Vélemény, javaslat:** A betegség aktivitása megnövekedett, jelen terápiával nem kontrollálható. Biológiai terápia előkészítése javasolt. Addig is prednizolon kis dózisban megkezdése.

Budapest, 2016. 04. 07.

.....  
[REDACTED]

vizsgáló orvos

Az ambuláns vizsgálati leletet átvettem, a benne foglaltakat megértettem, és elfogadtam.

Aláírással igazolom, hogy tájékoztatást kaptam az azonos hatóanyagú, illetve hasonló terápiás hatású alacsonyabb árú gyógyszerről, illetve azonos funkcionális csoportba tartozó alacsonyabb árú gyógyászati segédeszközről, valamint az adott termékek áráról, társadalombiztosítási támogatásáról és a térítési díjak közötti különbségekről. Az elmúlt 30/60/90 napban a felírt gyógyszert más orvossal nem írtam fel.

Az "Elszámolási nyilatkozat"-ot kérem "nem kérem"

.....

Beteg vagy gondozó aláírása