Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet

1023 Budapest, Frankel Leó út 25-29

Főigazgató Főorvos: Prof. Dr. Poór Gyula egyetemi tanár,

a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagja

Tel: (+36) 1 438-8300, E-mail: korhaz@orfi.humailto:korhaz@orfi.hu, Web: www.orfi.huhttp://www.orfi.hu Levelezési cím: 1023 Budapest, Frankel Leó út 25-29

Név: Kovács Julianna **TAJ:** 123456789

Születési dátum: 1958. 03. 02. (60 éves) **Lakcím:** 1111 Budapest, Fiktív utca 12.

Ellátó szakorvos neve és kódja: Dr. Kiss Mária (O12345)

Beküldő: Dr. Nagy Béla EV

Jogviszony: A TAJ érvényes, jogviszonya rendezett

Vizsgálat ideje: 2018. 04. 19. 8:40 **Ellátás azonosítója:** ELL2018041903

Státusz:

A beteg panaszai jelentősen fokozódtak az elmúlt 2 hónapban, reggeli ízületi merevség újra 2 órát meghaladó. Több ízület (csukló, MCP, térd) fájdalmas, duzzadt. DAS28: 6.2; CRP 58 mg/L; We 65 mm/h. – Magas betegségaktivitás. Fáradékonyság, étvágytalanság.

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	e Kiszerelés	Db.	Jogcím
EBETREXAT	20 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x0,5ml előretöltött I fecskendőben	emelt támogatás (EÜ90)
HUMA- FOLACID	5 mg tabletta	50x buborékcsomagolásban	normatív támogatás
PREDNISOLON	I 5 mg tabletta	20x buborékcsomagolásban	normatív támogatás

Vélemény, javas lat: Biológiai terápia mellett a fellángolás hátterében infekció nem igazolódott. Prednisolon adagjának átmeneti emelése, methotrexát dózis növelése. Állapot szoros követése szükséges.

Budapest, 2018. 04. 19.
Dr. Kiss Mária (O12345)
vizsgáló orvos

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet 1023 Budapest, Frankel Leó út 25-29 Főigazgató Főorvos: Prof. Dr. Poór Gyula egyetemi tanár, a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagja Tel: (+36) 1 438-8300, E-mail: korhaz@orfi.humailto:korhaz@orfi.hu, Web: www.orfi.huhttp://www.orfi.hu Levelezési cím: 1023 Budapest, Frankel Leó út 25-29

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

Aláírásommal 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 írattam fel.

Az "Elszámolási nyilatkozat"-ot kérem	" nem kérem "
Beteg vagy gondozó aláírása	