

Név: [REDACTED]
TAJ: [REDACTED]
Születési dátum: [REDACTED] (56 éves)
Lakcím: [REDACTED]
Ellátó szakorvos neve és kódja: [REDACTED]
Beküldő: [REDACTED]
Jogviszony: A TAJ érvényes, jogviszonya rendezett
Vizsgálat ideje: 2014. 09. 24. 14:30
Ellátás azonosítója: ELL2014092401

Státusz:

Kórelőzmény: A beteg elmondása szerint 2014 februárjában kezdődtek a panaszai, kezdetben reggeli ízületi merevséggel, majd fokozatosan jelentkező fájdalommal a kéz és láb kisízületeiben. Fogyás, gyengeség, hőemelkedés jelentkezett. Háziorvosi javaslatra reumatológiai szakvizsgálatra került.

Jelenlegi panaszok: Állandó fájdalom a csuklóban, MCP és PIP ízületek duzzadtak, nyomásérzékenyek, CRP emelkedett (38 mg/L). DAS28: 5.8.

Diagnózisok: Rheumatoid arthritis, szeropozitív (M0580)

Beavatkozások: Vizsgálat (11041)

Felírt vények:

Gyógyszer neve	Kiszerelés	Db.	Jogcím
APRANAX	550 mg filmtabletta	30x buborécsomagolásban	emelt támogatás (EÜ90)
EBETREXAT	20 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x0,5ml előretöltött fecsekendőben	emelt támogatás (EÜ90)
HUMA-FOLACID	5 mg tablettá	50x buborécsomagolásban	normatív támogatás

Vélemény, javaslat: RA diagnózis felállítva. Terápia: NSAID (naproxen), majd methotrexát 20 mg/hét, folsav 5 mg/hét. Szoros követés szükséges, 6 havonta kontroll javasolt.

Budapest, 2014. 09. 24.

.....



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