Apross

SOLICITUD DE AUDITORIA DE TRATAMIENTO PARA ARTRITIS REUMATOIDEA

FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN ESPECIAL

Apellido y Nombre:.....

Sexo: **F** ☐ **M** ☐ **-** Fecha de Nacimiento: ...../...../.....

Domicilio:.....Teléfono:.....

N de Afiliado: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fecha de inicio de la enfermedad:...../...../..... - Fecha de inicio del tratamiento:...../...../.....

Enfermedades concurrentes y/o asociadas:.....

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

.....

.....

CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD

Signos y Síntomas:.....Evaluación del 0 al 10:.....Dolor:..... ...../10

Hinchazón:...../10 - Sensibilidad:...../10 - Rigidez Matinal: **SI** ☐ **NO** ☐ - Restricción de movimientos:...../10

Calidad de articulación/es comprometida/s:.....

Mano:..... - Muñeca:.....- Codo:..... - Rodilla:..... - Otros:.....

Inflamación Articular:.....Nódulos Reumatoideos:.....

VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Vestirse:.....Comer:.....Caminar:.....Higiene Personal:.....

Concurrencia al trabajo:..... Internaciones:.....

LABORATORIO ACTUAL

Test de Látex:..... F.R.:..... Artritest:..... VSG:..... Por Cuantitativa:.....

HLA:..... Ac. Antititrulinas:..... GOT:..... GPT:.....

Hemograma Completo (adjuntar al dorso):.....

INFORME RADIOLÓGICO

.....

.....

RÉGIMEN TERAPÉUTICO (Especificar tratamientos previos con dosis usadas)

AINES:..... CORTICOIDES:.....

METOTREXATO:..... LEFLUNAMIDA:.....

AC. FOLICO:..... HIDROXICLOROQUINA:.....

SALES DE ORO:..... AZATIOPRINA:.....

CICLOFOSFAMIDA..... CICLOSPORINA A:.....

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES:.....CLORAMBUCIL:.....

ANTIGRIPAL (ANUAL)...../...../..... ANTINEUMOCOCICA (Cada 4 años):...../...../.....

TRATAMIENTO BIOLÓGICO (Especificar droga y dosis)

.....

.....

TOXICIDAD (Describir)

.....

.....

MEDICACIÓN SOLICITADA

.....

.....

Si solicitan un cambio de trabamiento especificar motivos para el mismo:

Médico Solicitante:..... **Dirección:**.....

Teléfono:..... **Ciudad:**.....

Firma y Sello:..... **Fecha de Prescripción:**.....