



PLANILLA PARA PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Este Certificado deberá ser completado por especialista con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó al paciente.

APELLIDO Y NOMBRES			
DNI		EDAD (años)	

AÑOS DE EVOLUCION DE LA AR	
RESULTADOS DEL FACTOR REMATUOIDEO	
CLASE FUNCIONAL	
CLASE RADIOLOGICA (adjuntar RX de manos y pies del ultimo año)	
HAQ (adjuntar cuestionario)	
DAS 28 (especificar NAD, NAI, ERS, Vas global de la persona)	
TRATAMIENTO ACTUAL por AR (especificar drogas recibidas, dosis y tiempo de tratamiento)	
OBRA SOCIAL	
INSTITUCION QUE LO ASISTE	

..... / /

FECHA

.....

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE