

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

PLANILLA PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Apellido y Nombre del Paciente	
DNI	
Institución que lo asiste	

EDAD	
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA AR	
RESULTADO DEL FACTOR REUMATOIDEO	
CLASE FUNCIONAL	
CLASE RADIOLÓGICA (adjuntar Rx de manos y pies del ultimo año)	
HAQ (adjuntar cuestionario)	
DAS 28 (especificar NAD, NAI, ERS, Vas global del paciente)	
TRATAMIENTO ACTUAL por AR (especificar medicación recibida, dosis y tiempo de tratamiento)	
OBRA SOCIAL	
MOTIVO DE SOLICITUD DEL CERTIFICADO	

Fecha:...../...../.....	<p>.....</p> Firma y sello del médico actuante.
--------------------------------	--