



## 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.

<b>APELLIDO Y NOMBRES</b>			
<b>DNI</b>		<b>EDAD (años)</b>	

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

..... / ..... / .....

FECHA

----- FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ACTUANTE
--