



PLANILLA DE EVALUACIÓN 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.

APELLIDOS Y NOMBRES		
DNI/LE/LC		EDAD (AÑOS)
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE AR		
RESULTADOS DEL FACTOR REMATUOIDEO		
CLASE FUNCIONAL		
CLASE RADIOLÓGICA (ADJUNTAR RX DE MANOS Y PIES DEL ÚLTIMO 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)		



INSTITUCIÓN QUE LO ASISTE

DETALLE DE SECUELAS DE DIAGNÓSTICO Y LAS LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

/ /

FECHA

FIRMA Y SELLO
DEL MÉDICO ACTUANTE