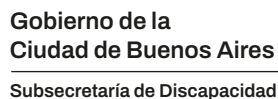




PLANILLA DE EVALUACIÓN CON ARTRITIS REUMATOIDEA

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)			



Dirección General de Investigación de Políticas  
para Personas con Discapacidad

**CENTRO ÚNICO DE DISCAPACIDAD**

HOJA 2/2

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

FECHA

**FIRMA Y SELLO  
DEL MÉDICO ACTUANTE**