

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS (ARTRITIS REUMATOIDEA)

Apellido y Nombre.....Fecha...../...../.....
 DNI.....Edad.....Localidad.....

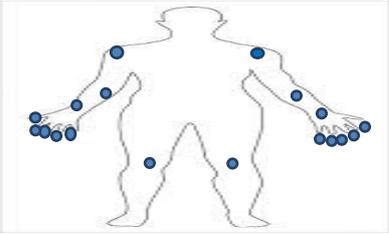
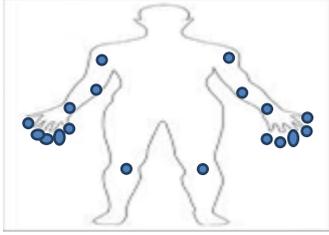
1. Resumen de Historia Clínica del paciente

.....

Estudios actualizados (Vigencia No más de 6 meses)

Laboratorio: Hto.....Leucocitos.....FR.....FAN.....ESD..... LATEX AR.....
 C3.....C4.....CT.....TSH.....
Ultima Radiografía de manos (Fecha y descripción).....

ADJUNTAR ESTUDIOS REALIZADOS

<p>2. Articulaciones actualmente edematizadas</p> 	<p>Articulaciones actualmente dolorosas</p> 
Total edematizadas=	Total dolorosas=
¿Cuál es el índice DAS 28 calculado actual?	

3. Medicamentos utilizados y asociaciones	Dosis máxima alcanzada	Tiempo de Tratamiento	Respuesta Observada	Motivo de suspensión

4. Nueva medicación

Nombre Genérico:	Presentación:
Dosis diaria:	Dosis mensual
Tiempo estimado de tratamiento	Peso: Altura:

.....
Firma y sello del médico solicitante