

## Formulario de solicitud de TRATAMIENTO de la ARTRITIS REUMATOIDEA

Fecha de solicitud : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años      Sexo:  Femenino    Masculino      Institución de origen \_\_\_\_\_

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos de uso común entre el Fondo Nacional de Recursos y los IMAE, que podrá ser utilizada, además, por otras Instituciones asistenciales o académicas. El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

### MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO

Artritis reumatoidea

Fecha del diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### SITUACIÓN CLÍNICA

#### Factores pronósticos

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Envaramiento matinal mayor a 1 hora    | <input type="checkbox"/> VES persistentemente elevada         |
| <input type="checkbox"/> Nodulos reumatoideos                   | <input type="checkbox"/> PCR persistentemente elevada         |
| <input type="checkbox"/> Manifestaciones extraarticulares       | <input type="checkbox"/> Título elevado FR                    |
| <input type="checkbox"/> Presencia de erosiones en 1ra consulta | <input type="checkbox"/> Ac. Anti-CCP                         |
| <input type="checkbox"/> Compromiso Coxo-femoral                | <input type="checkbox"/> HLA DRB1 y 04 y 01                   |
| <input type="checkbox"/> Compromiso de pie                      | <input type="checkbox"/> Nivel cultural y socioeconómico bajo |

Número de articulaciones afectadas tumefactas: \_\_\_

Número de articulaciones afectadas dolorosas: \_\_\_

EVA dolor: \_\_\_

EVA global paciente: \_\_\_

EVA global médico: \_\_\_

DAS 28: \_\_\_, \_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Evaluación 1 \*

DAS 28: \_\_\_, \_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Evaluación 2 \*

\* Plazo mínimo entre ambas de 1 mes

VES: \_\_\_\_\_

PCR: \_\_\_\_\_

FR: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Ac.Anti CCP: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES PERSONALES

### CARDIOVASCULARES

No  Si

- Cardiopatía isquémica  Claud. intermitente  
 Cardiopatía valvular  Insuf. venosa crónica  
 Arritmias  TVP  
 HTA  Otros  
 Insuficiencia cardíaca  
Clase funcional NYHA:  I  II  III  IV

### RESPIRATORIOS

No  Si

- Asma  TBC  
 Bronquitis crónica  Otros  
 EPOC

### NEUROLÓGICOS

No  Si

- Demencia  Neuritis óptica  
 Enf. desmielinizante  Otros

### ENDOCRINO METABÓLICOS

No  Si

- Diabetes  Obesidad  
 Hipotiroidismo  Otros  
 Hipertiroidismo

### INFECCIONES

No  Si

Especifique: \_\_\_\_\_

### CIRUGÍA RECIENTE

No  Si

(< de 6 meses)

Especifique: \_\_\_\_\_

### NEFRO UROLÓGICOS

No  Si

- Insuficiencia renal  Infección urinaria  
 Diálisis  Otros

### DIGESTIVOS

No  Si

- Hepatopatía  Hepatitis  
 Enfermedad diverticular  Otros

### HEMATOLÓGICOS

No  Si

- Trastornos hemorrágicos  Anemia  
 Estados trombofílicos  Otros

### OTRAS ENF. AUTOINMUNES

No  Si

Cual \_\_\_\_\_

### NEOPLASIAS

No  Si

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Cual \_\_\_\_\_

- Localizada  
 Diseminada Espec. \_\_\_\_\_

### OTROS

No  Si

- HIV  Tabaquismo  
 Alcoholismo  Otros

**TRATAMIENTOS RECIBIDOS**

Tratamientos Sistémicos	Fecha inicio	Fecha finalización	Causa de suspensión	Dosis
AINE*				
Corticoides				
Metotrexate				
Leflunomida				
Hidroxicloroquina				
Sales de oro**				
Sulfasalacina				
Azatioprina				
Adalimumab				
Infliximab				
Rituximab				
Etanercept				
Otros***				

\* Especificar cual: \_\_\_\_\_

\*\* Especificar dosis indicada y dosis acumulada: \_\_\_\_\_

\*\*\* Especificar cual: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO PROPUESTO**

Drogas	Si (x)	Dosis (mg)	Cada cuantas semanas
Adalimumab			
Infliximab			
Etanercept			
Metotrexate			
Leflunomida			
Hidroxicloroquina			
Sales de oro			
Sulfasalacina			
Azatioprina			
Otros			

Peso (Kg): \_\_\_ \_\_\_ Talla (cm): \_\_\_ \_\_\_ Superficie corporal (m2): \_\_ , \_\_ \_\_\_

**Consideraciones que juzgue relevantes:**