

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 _____

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 entre ambas < 6 meses

VES: ___ PCR (mg/dl): __, __ FR: ___ Ac. Anti CCP: ___

HAQ: __, __ Fecha: ___/___/___

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 Dislipemia
 Hipertiroidismo Otros

INFECCIONES GRAVES (<1año)

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				
Sulfasalacina				

Tratamientos Sistémicos	Fecha inicio	Fecha finalización	Causa de suspensión	Dosis
Azatioprina				
Adalimumab				
Infliximab				
Rituximab				
Etanercept				
Ciclosporina				
Tocilizumab				
Golimumab				
Tofacitinib				
Upadacitinib				
Otros*				

* Especificar cual: _____

Quimioprofilaxis para BK:

No

Si

Indicada por:

PPD

Booster

AP de tuberculosis

Rx. Tx. patológica

Otro

TRATAMIENTO PROPUESTO

1. Droga solicitada:

Drogas	Si (x)	Dosis (mg)	Frecuencia
Adalimumab			Cada 2 semanas
Infliximab			Dosis carga, Mantenimiento cada 4 semanas
Etanercept			Semanal
Rituximab			1000 mg que se repite a los 15 días
Tocilizumab			Semanal
Golimumab			Mensual
Tofacitinib			Diaria
Upadacitinib			Diaria

2 .Droga de asociación: _____

Peso (Kg): _____

Talla (cm): _____

Superficie corporal (m2): _____

Consideraciones que juzgue relevantes: