

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ARTRITIS

Estimado afiliado recuerde que debe presentar en las oficinas de atención al socio éste formulario completo por su médico tratante en original y adjuntar fotocopia de los estudios realizados. Deberá actualizarlo cada 6 meses ó cambio de medicación/tratamiento (Formulario más estudios).

Fecha: / /

Nombre y Apellido:

N° de Beneficiario: D.N.I.:..... Sexo: F / M

Fecha de nacimiento: / / Edad:..... Teléfonos:.....

DIAGNOSTICO (Marcar tipo de artritis según corresponda)

AIJS Gotosa Psoriásica Reumatoidea Espondiloartritis E. anquilosante

Fecha de diagnóstico: / / Clasificación CASPAR Puntaje total:

DETALLE DEL CUADRO CLINICO Y ESTUDIOS EFECTUADOS QUE FUNDAMENTAN EN DIAGNOSTICO

.....

Estado funcional del paciente :

Insuficiencia respiratoria NO SI CFR:.....
 Insuficiencia cardiaca NO SI
 Insuficiencia renal crónica NO SI
 Hepatopatías NO SI ACLARAR:.....
 Deterioro cognitivo NO SI

CRITERIOS DE EVALUACION DE ACTIVIDAD (Marcar según corresponda)

ACR 20 American College of Rheumatology Response SI NO
 ACR 50 American College of Rheumatology Response SI NO
 ACR 70 American College of Rheumatology Response SI NO
 DAS 28-CRP <2.6 Disease Activity Score utilizando proteína C reactiva SI NO
 DAS 28-ESR <2.6 Disease Activity Score utilizando eritrosedimentación SI NO
 DEAMBULA SI NO ASEO PROPIO SI NO ESCRIBE SI NO

TRATAMIENTOS PREVIOS (Detallar drogas/tiempo/dosis y asociaciones utilizadas)

.....

Respuesta al tratamiento previo:.....

PLAN DE TRATAMIENTO PROPUESTO

Nombre genérico de la droga	Presentación dosis Mg	Total días de tratamiento	Fecha suspensión	Nombre genérico de la droga	Presentación dosis Mg	Total días de tratamiento	Fecha suspensión
Abatacept				Metrotexato			
Adalimumab				Rituximab			
Baricitinib				Sarilumab			
Canakinumab				Sulfadiazina			
Certolizumab				Tocilizumab			
Certolizumab pegol				Tofacitinib			
Etanercept				Infliximab			
Golimumab				Tofacitinib			
Otro:							
Otro:							

Fundamentación del tratamiento propuesto:.....

PROGRESION DE LA ENFERMEDAD

NO SI

EFFECTOS ADVERSOS (marcar si corresponde)

Neutropenia NO SI Reacción alérgica NO SI
 Infecciones bacterianas NO SI Toxicidad pulmonar NO SI
 Hepatotoxicidad NO SI Otro:

Datos del médico tratante:.....

Teléfono:..... Institución:.....

.....
 Firma y sello Auditor Médico

.....
 Firma, sello y Matrícula Médico especialista

SCORE DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD (Disease Activity Score-DAS 28)

Varía de 0 (nula actividad de la enfermedad) y 10 (máxima actividad de la enfermedad)

PARA COMPLETAR POR EL PACIENTE

FECHA:/...../.....

Nombre y Apellido:

Nº de Beneficiario: D.N.I.:..... Teléfonos:.....

Por favor, agradecemos responda las siguientes preguntas un día antes de la consulta con su reumatólogo.

Indicar con una X

1)- ¿Cómo se encuentra su artritis hoy, en comparación con la última consulta?

Mucho mejor	Algo mejor	Igual	Algo peor	Mucho peor
-------------	------------	-------	-----------	------------

2)- ¿En la siguiente escala de 0 (nada de dolor) a 10 (mucho dolor), indique cuánto dolor ha notado durante la última semana?

Nada de dolor - - - - - - - - - - Mucho dolor
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

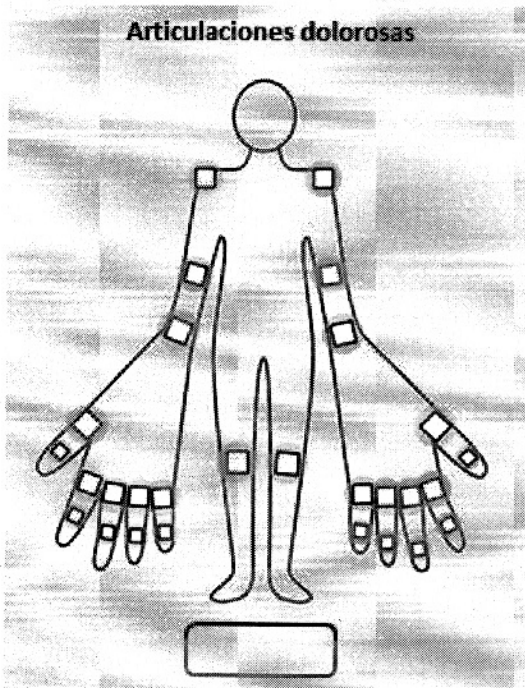
3)- Indique con una X según corresponda:

¿Necesita ayuda de otra persona para su higiene personal?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Necesita ayuda de otra persona para vestirse?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Necesita ayuda de otra persona para levantarse de la cama ó de la silla?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Necesita ayuda de otra persona para comer?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Utiliza asiento ó barra especial para el baño?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Utiliza bastón, muleta, andador ó silla de ruedas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

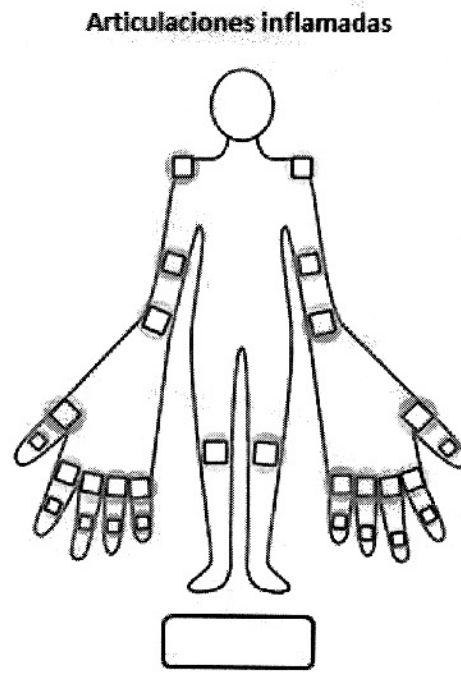
PARA COMPLETAR POR EL MÉDICO

Evaluación global de la enfermedad efectuada por el médico

Muy bien - - - - - - - - - - Muy mal
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



ERS mm/h



PCR

DAS 28

.....
Firma, sello y Matrícula Médico especialista

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (apellido y nombre del paciente).....

D.N.I. N°.....entiendo y acepto lo que me ha informado mi médico tratante Dr./a

.....Matrícula N° como resultado de las

pruebas y estudios que he realizado, se ha obtenido el diagnóstico deque

requiere tratamiento de/con

.....

.....

para lo cual expreso mi satisfacción con la información recibida. Se me ha explicado la naturaleza de mi enfermedad, las características del tratamiento propuesto y las evidencias que avalan su empleo. He comprendido los beneficios, los riesgos, molestias ó efectos adversos derivados de su acción. Se me informó en forma sencilla y completa, he realizado preguntas y aclarado términos técnicos. He comprendido las condiciones, los objetivos del tratamiento y los cuidados que debo tener según la indicación de mi médico tratante y mi estado de salud.

FIRMA DEL PACIENTE

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

EN CASO DE TUTOR:

FIRMA TUTOR

ACLARACION

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

PARENTEZCO

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL