

FICHA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Nombre y Apellido: _____

Nro. de CUIL: _____ Nro. de Beneficiario: _____

Fecha de diagnóstico: ____/____/____

Tratamiento específico:

FAME	Fecha Inicio	Fecha suspensión
1-Convencionales:		
A: Metrotrexato:		
B: Hidroxicloroquina		
C: Sulfadiazina		
D: Otro: cual?		
2-FAME sintéticos específico:		
Baricitinib		
Tofacitinib		
3-FAME biológicos:		
Abatacept		
Adalimumab		
Certolizumab		
Etanercept		
Golimumab		
Infliximab		
Rituximab		
Tocilizumab		
Sarilumab		

Fecha Actual: ____/____/____

Criterios de evaluación de actividad

Criterio	NO	SI
DAS 28-CRP <2.6*		
DAS 28-ESR <2.6**		

*Disease Activity Score – Utilizando Proteína C reactiva

**Disease Activity Score – Utilizando Eritrosedimentación

FIRMA Y SELLO MEDICO AUDITOR

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

