

FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO ARTRITIS REUMATOIDEA

IMPORTANTE: SE DEBEN COMPLETAR TODOS LOS DATOS PARA ACCEDER AL EMPADRONAMIENTO DEL AFILIADO SEGUN RES 731/2023 SSSALUD.

DATOS DEL AFILIADO:

FECHA DEL FORMULARIO:...../...../.....

APELLIDO Y NOMBRE:.....SEXO:.....

DNI:.....FECHA DE NAC.:.....

DIRECCION:.....TELEFONO:.....

LOCALIDAD:.....PROVINCIA:.....

MAIL:.....

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO:

APELLIDO Y NOMBRE:.....

ESPECIALIDAD:.....M.N.:.....M.P.:.....

TELEFONO DE CONTACTO:.....MAIL:.....

INFORMACION EN RELACION AL DIAGNOSTICO:

DIAGNOSTICO:.....

FECHA DE DIAGNOSTICO:.....

TRATAMIENTOS PREVIOS: (*)

METOTREXATO		ETANERCEPT
LEFLUNOMIDA		GOLIMUMAB
SULFASALAZINA		INFLIXIMAB
HIDROXICLOROQUINA		RITUXIMAB
ABATACEPT		SARILUMAB
ADALIMUMAB		TOCILIZUMAB
BARICITINIB		TOFACITINIB
CERTOLIZUMAB PEGOL		UPADACITINIB
OTRO:		

DROGA SOLICITADA:.....

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO:.....

SCORE DAS 28 (DISEASE ACTIVITY SCORE 28) DE INICIO:.....

(*)marcar con una cruz lo que corresponda

.....
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO