

## FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO COLITIS ULCEROSA

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:.....  
VALOR SCORE DE MAYO:..... INICIO /SEGUIMIENTO (TACHAR EL QUE NO CORRESPONDA)  
ESTADIO EVOLUTIVO:.....  
TRATAMIENTOS PREVIOS:

MESALAZINA		GOLIMUMAB	
CORTICOIDES		USTEKINUMAB	
MERCAPTOPURINA		VEDOLIZUMAB	
METOTREXATO		TOFACITINIB	
ADALIMUMAB		UPADACITINIB	
INFLIXIMAB			
OTRO:			

DROGA SOLICITADA:.....  
FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO:.....

.....

(\*)marcar con una cruz lo que corresponda

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO