



LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

**ARTRITIS REUMATOIDEA - Resumen de Historia Clínica**

**APELLIDO Y NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**N° DE AFILIADO:** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE DX.:** \_\_\_\_\_

**CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SCORE DAS 28 (DISEASE ACTIVITY SCORE 28)**

**DE INICIO:** \_\_\_\_\_

**DE SEGUIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD Y DE MEDICACIÓN UTILIZADA:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TRATAMIENTOS PREVIOS ARTRITIS REUMATOIDEA**

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



OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERÍA Y AFINES  
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA I RNOS 0-0060-4

Bolivar 578/80 | Ciudad de Buenos Aires

Tel.: 5278 6100

www.osalara.com.ar



LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

**ARTRITIS REUMATOIDEA - Resumen de Historia Clínica**

FUNDAMENTO TERAPÉUTICO AR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MEDICACIÓN ACTUAL Y DOSIS MENSUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CAMBIO DE TRATAMIENTO Y/O MOTIVO DE DISCONTINUACIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_

FECHA DE FINALIZACIÓN DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO

EMAIL

FIRMA Y SELLO

**ACTUALIZACIÓN SEMESTRAL**

- 1- Nuevo Resumen de Historia Clínica de seguimiento**
- 2- Score DAS 28 (Disease Activity Score 28) de seguimiento**
- 3- Actualización de la Información Médica**
  - Cambio de tratamiento
  - Fecha de finalización de tratamiento
  - Motivo de Discontinuación
  - En caso de progresión y/o cambio de tratamiento por favor adjuntar nuevo resumen de Historia Clínica o RP del nuevo tratamiento