

INFORME DE EVALUACIÓN PARA PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Deberá ser completado por el médico tratante con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá solicitar información ampliatoria en caso de requerirlo.

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	

EDAD	
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA AR	
RESULTADOS DE LÁTEX y ANTI CCP	
CLASE FUNCIONAL	
CLASE RADIOLÓGICA (adjuntar RX de zonas afectadas)	
HAQ (adjuntar cuestionario)	
DAS 28	
TRATAMIENTO ACTUAL por AR (especificar drogas recibidas, dosis y tiempo de tratamiento)	

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

.....

Firma y sello del médico tratante.

Ministerio de Salud

Subsecretaría de Inclusión para Personas con Discapacidad

1° Circunscripción: Dr. Zavalla 3371 - 2° Piso (S3000GVW) Santa Fe 0342 - 4572481, 83, 84, 85 discapacidad@santafe.gov.ar
2° Circunscripción: 9 de Julio 325 (S2000BNG) Rosario 0341 - 4721164, 65 y 0800-888-3588 discapacidadrosario@santafe.gov.ar
| www.santafe.gob.ar