

Membrete con el logo de Santa Fe Provincia y Ministerio de Igualdad y Desarrollo Humano

INFORME DE EVALUACIÓN PARA PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Deberá ser completado por el médico tratante con letra clara, firmado, con sello y fecha (de los últimos 12 meses).

Adjuntar estudios complementarios en los últimos 12 meses.

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.

- **Presentar copia del DNI del beneficiario.**
- **Para menores de 16 años agregar copia del DNI del padre, madre, tutor o curador designado judicialmente.**
- **Si tiene Obra Social, copia del carnet.**