

Tel.: 0800-345-6763

Web: www.osme.org.ar

Email: info@osme.org.ar



ANEXO IV

FICHA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Nombre y Apellido: _____

Nro. De CUIL: _____ Nro. De Beneficiario: _____

Fecha de Diagnostico: ___ / ___ / ___

Tratamiento Específico:

FAME	Fecha de Inicio	Fecha de Suspensión
1-Convencionales		
A: Metrotrexato:		
B: Sulfasalazina		
C: Leflunomida		
2-FAME Moléculas pequeñas:		
Apremilast		
3-FAME inhibidores del FNT-alfa:		
Adalimumab		
Certolizumab pegol		
Etanercept		
Golimumab		
Infliximab		
4-FAME inhibidores de las Interleukinas:		
Secukinumab		
Ixekizumab		
Ustekinumab		
Ustekinumab		

Fecha Actual: ___ / ___ / ___

Criterios de evaluación de actividad

Criterio	NO	SI
DAS 28-CRP		
DAS 28-ESR		

*Disease Activity Score – Utilizando Proteína C reactiva

**Disease Activity Score – Utilizando Eritrosedimentación

FIRMA Y SELLO MEDICO AUDITOR

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE