



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