

# 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.

<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>	
<b>DNI</b>	

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

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

.....

Firma y sello del médico tratante.