



"Gral. Martín Miguel de Güemes, Héroe de la Nación Argentina"

**INSTITUTO PROVINCIAL DE SALUD DE SALTA
JUNTA MEDICA – IPS – SALTA**

BARTOLOMÉ MITRE Nº 355 – TEL - 4323116 – SALTA - CAPITAL – CP. 4400

ARTRITIS REUMATOIDEA		
FORMULARIO DE PRESCRIPCION ESPECIAL		
Apellido y Nombre:	IPS Nº:	Sexo: F / M
Domicilio:		
Fecha Nac.: ____/____/____	Edad:	Localidad:
Fecha de Inicio de la enfermedad:		
Fecha de Inicio del tratamiento:		
Enfermedades concurrentes y/o asociadas:		
Clinica de la Enfermedad (ultimos 6 meses)		
Nº de Articulaciones comprometidas		
Signos y Sintomas	Evaluación de 0 a 10:	
Dolor: ____/10	Hinchazón: ____/10	Sensibilidad: ____/10
Rigidez Matinal: (Duración) (____)	Restricción de Movimientos: ____/10	
Cantidad de Articulaciones comprometidas		
Mano: ____	Muñeca ____	Codo ____ Rodilla ____ Otros ____
Rx simple por articulación: Nº de Erosiones	Estrechez de Luz Articular	
DAS 28: ____	HAQ: ____	EVA: ____
Laboratorio (ultimos 60 dias)		
Hemograma Completo		
VSG:	Prot. C.R.:	Proteinuria: TGO/TGP:
Cretinemia:	Potasio:	
VALORACION DE LA DISCAPACIDAD (Ultimos 6 meses) Valoración de 0 a 5:		
Vestirse: ____	Comer: ____	Caminar: ____ Higiene personal: ____
Concurrencia a lugar de trabajo: ____	Internaciones: ____	
REGIMEN TERAPEUTICO Dosis - Frecuencia - Combinaciones utilizadas		
Análgesicos:	Aines:	
Corticoides:		
Drogas Modificadoras de la Enfermedad		
METOTREXATE: ____	LEFLONOMIDA: ____	
AZATIOPRINA: ____	PENICILAMINA: ____	
CICLOSPORINA: ____	SULFAZALASINA: ____	
HIDROXICLOROQUINA: ____	ORO: ____	
Tratamiento Biologico: (especificar)		
Tratamiento no Farmacologicos: (especificar)		
Quirurgicos:		
TOXICIDAD (Especificar)		
Gastrointestinal: ____	Dermatologica: ____	Respiratoria: ____
Neurologica: ____	Otros: ____	
MEDICACION SOLICITADA: ____		
Si esta solicitando un cambio de tratamiento especificar motivos para el mismo:		
MEDICO SOLICITANTE:		M.P.: ____
Dirección:	Firma y Sello:	
Teléf.:		