FORMULARIO PARA ENFERMEDADES AUTOINMUNES - ALTO COSTO

Chubut ISSyS

Fecha: ...../...../..... N° de Trámite: ...../.....

1. DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: | Fec. Nac.: ...../...../..... | Edad.:

N° de afiliado: | Teléfono: | Localidad:

2. PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre y Apellido: | Especialidad:

Institución: | Teléfono: | Localidad:

3. CLINICA DE LA ENFERMEDAD

Fecha de diagnóstico: ...../...../..... Fecha de inicio de tratamiento: ...../...../.....

Completar en casos con Artritis Reumatoidea:

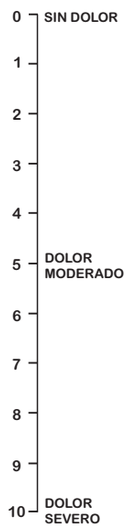
Articulaciones comprometidas

FORMULARIO DAS 28

		IZQUIERDA		DERECHA	
		Dolorosas	Inflamadas	Dolorosas	Inflamadas
HOMBROS					
CODOS					
MUÑECAS					
MFC	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
IPF	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
RODILLAS					
TOTAL					

Valoración del Dolor

Marcar en la escala la intensidad de su dolor



DAS 28 |

HAQ | Adjuntar formulario con firma y aclaración del paciente

4. ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS

Hipertensión Arterial		Gota	
Coronariopatías		Epilepsia	
Arteriopatías		Enf. de Parkinson	
Insuficiencia Cardíaca		Psicopatías	
Arritmias		Asma	
Anticuagulación		Glaucoma	
Diabetes		Colitis Ulcerosa	
Tiroidepatías		Enf. de Crohn	
Otras:		Neoplásias	

5. LABORATORIO / ESTUDIOS RADIOLOGICOS

HEMOGRAMA COMPLETO: Fecha: ...../...../.....

Leucocitos | Hemoglobina | Plaquetas

PCR | Factor R | VCG

PPD (+) | (-) | Fecha: ...../...../.....

ESTUDIOS RADIOLOGICOS:
Anexar Rx de articulaciones afectadas (Detalle de lesiones observadas) atribuibles a la AR.-

6. TRATAMIENTOS PREVIOS

				Fecha	Dosis
Analgésicos	Sí		No		
Corticoides	Sí		No	...../...../.....	.....
Metotrexate	Sí		No	...../...../.....	.....
Leflunomida	Sí		No	...../...../.....	.....
Sulfazalasina	Sí		No	...../...../.....	.....
Hidroxicloroquina	Sí		No	...../...../.....	.....
Otros	Sí		No	...../...../.....	.....

NOTA: Los datos deben estar completos y con LETRA CLARA LEGIBLE, lo cual agilizará el trámite, evitando demoras.-

7. FARMACO SOLICITADO POR VIA DE EXCEPCION

Indicación:

☐ Inicio

☐ Continuación

☐ Suspensión

Duración del Tratamiento:

☐ Prolongado ☐ Permanente

(meses / años):.....

Monodroga:

Nombre Comercial: **Presentación:**

Dosis: **Cantidad env/ciclo (mensual):**

Fundamento de la selección:

.....
Firma y aclaración del paciente

.....
Firma y sello del Médico Tratante

Versión Española del Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Traducida y adaptada por J. Esteve-Vives, E. Batlle-Gualda, A. Reig y Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española

	Durante la <u>última semana</u>, ¿ha sido usted capaz de...	**Sin dificultad**	**Con alguna dificultad**	**Con mucha dificultad**	**Incapaz de hacerlo**
Vestirse y asearse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	☐	☐	☐	☐
	2) Enjabonarse la cabeza?	☐	☐	☐	☐
Levantarse	3) Levantarse de una silla sin brazos?	☐	☐	☐	☐
	4) Acostarse y levantarse de la cama?	☐	☐	☐	☐
Comer	5) Cortar un filete de carne?	☐	☐	☐	☐
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?	☐	☐	☐	☐
	7) Servirse la bebida?	☐	☐	☐	☐
Caminar	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?	☐	☐	☐	☐
	9) Subir cinco escalones?	☐	☐	☐	☐
Higiene	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?	☐	☐	☐	☐
	11) Sentarse y levantarse del retrete?	☐	☐	☐	☐
	12) Ducharse?	☐	☐	☐	☐
Alcanzar	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	☐	☐	☐	☐
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?	☐	☐	☐	☐
Prensión	15) Abrir la puerta de un coche?	☐	☐	☐	☐
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	☐	☐	☐	☐
	17) Abrir y cerrar los grifos?	☐	☐	☐	☐
Otras	18) Hacer los recados y las compras?	☐	☐	☐	☐
	19) Entrar y salir de un coche?	☐	☐	☐	☐
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	☐	☐	☐	☐

0	0.000
1	0.125
2	0.250
3	0.375
4	0.500
5	0.625
6	0.750
7	0.875
8	1.000
9	1.125
10	1.250
11	1.375
12	1.500
13	1.625
14	1.750
15	1.875
16	2.000
17	2.125
18	2.250
19	2.375
20	2.500

Señale para qué actividades **necesita la ayuda de otra persona**:

☐.. Vestirse, asearse
☐.. Levantarse
☐.. Comer
☐.. Caminar, pasear
☐.. Higiene personal
☐.. Alcanzar
☐.. Abrir y cerrar cosas (prensión)
☐.. Recados y tareas de casa

Señale si utiliza alguno de estos **utensilios** habitualmente:

☐.. Cubiertos de mango ancho
☐.. Bastón, muletas, andador o silla de ruedas
☐.. Asiento o barra especial para el baño
☐.. Asiento alto para el retrete
☐. Abridor para tarros previamente abiertos