



Instituto de Seguros de Jujuy

Formulario de Incorporación Programa REUMO NOA



DATOS DEL BENEFICIARIO		GENERO	Nro. AFILIADO												
APELLIDO Y NOMBRES		Fem. <input type="checkbox"/>	-	/											
		Masc. <input type="checkbox"/>							CUIL	-					
DOMICILIO		FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL		ESTUDIOS		OBRA SOCIAL							
TELEFONO () -		<table border="1"> <tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		día	mes	año				unión estable <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		ning. <input type="checkbox"/> sec. <input type="checkbox"/> prim. <input type="checkbox"/> univ. <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
día	mes	año													
LOCALIDAD															
DEPARTAMENTO															

ARTICULACIONES COMPROMETIDAS

TUMEFACCION

DOLOR

ESCALA ANALOGICA VISUAL NUMERICA

SIN DOLOR 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 MAXIMO DOLOR

	RADIOLOGIA		DETECCION DE LA ENFERMEDAD		
	Nro. Erosiones	Estrechez de luz articular	día	mes	año
MANO: IFP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MANO: MCF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HOMBRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RODILLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TIBIO ASTRAGALINA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEDIOTARSIANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIE: MTF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cual? _____		

INICIO DEL TRATAMIENTO

día	mes	año

PESO Kg.

TALLA cm.

DATOS DE LABORATORIO

HTO % _____	VSG mm/h _____
GR. _____	Factor Reumatoideo (cuantit.) _____
Hb gr. _____	Uremia gr/dl _____
PLAQUETAS mm3 _____	Creatinina mg/dl _____
GB. _____	TGP UI/l _____
PCR (TITULADO) _____	TGO UI/l _____
FAN _____	FAL UI/l _____
PROTEINOGRAMA: PROT TOTAL _____	
ALB.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ALFA 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	ALFA2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	BETA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	GAMMA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

METODOS DE MEDIDA DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD (DAS 28)

Actividad

día	mes	año

≤ 3.2 Baja
 >3.2 ≤ 5.1 Moderada
 >5.1 Alta

KINESIOTERAPIA / FISIOTERAPIA

NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	¿Usa bastón?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
		¿Usa andador?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
		¿Usa silla de ruedas?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
		¿Usa férulas?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
Otro _____				

ANTECEDENTES DE CIRUGIAS CORRECTIVAS O DE REEMPLAZO ARTICULAR

NO SI Cual? _____

Toda casilla amarilla indica alerta

DROGAS MODIFICADORAS DE LA ENFERMEDAD

DROGA	DOSIS	TIEMPO	EFICACIA	MOTIVO DE SUSPENSION
METOTREXATE				
AZATIOPRINA				
SULFAZALASINA				
LEFLUNOMIDA				
HIDROXICLOROQUINA				

Toda casilla amarilla indica alerta

TRATAMIENTOS PREVIOS (últimos 6 meses)

DROGA	DOSIS	TIEMPO	EFICACIA	MOTIVO DE SUSPENSION

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

	no	si	ESPECIFICAR
FISIATRICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
QUIRURGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

TOXICIDAD

ADJUNTAR DENUNCIA DE FARMACOVIGILANCIA - ANMAT

	no	si	
GASTROINTESTINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
RESPIRATORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
DERMATOLOGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
NEUROLOGICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

MEDICO TRATANTE

APELLIDO Y NOMBRES:

DOMICILIO PROFESIONAL:

TELEFONO LABORAL:

E-MAIL:

.....
LUGAR Y FECHA

.....
FIRMA Y SELLO
DEL PROFESIONAL