

**PLANILLA PARA EVALUAR PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

Este certificado deberá ser completado por médico especialista en Reumatología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al Médico que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre	
DNI	

<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>	
<b>HAQ (adjuntar cuestionario)</b>	
<b>DAS 28 (especificar NAD, NAI, ERS, Vas global de la persona)</b>	
<b>TRATAMIENTO ACTUAL por AR (especificar drogas recibidas, dosis y tiempo de tratamiento)</b>	
<b>OBRA SOCIAL</b>	
<b>MOTIVO DE SOLICITUD DEL CERTIFICADO</b>	

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

.....

**Firma y sello del médico actuante.**