# 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.

| | |
|---|---|
| **APELLIDO Y NOMBRE** | |
| **DNI** | |

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

FECHA: …../……/……

…….

**Firma y sello del médico tratante.**