

PLANILLA DE ATRITITIS REUMATOIDEA

Deberá ser completada por médico especialista en Traumatología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá pedir informe ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre	
DNI	

EDAD	
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA AR	
RESULTADOS DEL LATEX Y Anti CCP	
CLASE FUNCIONAL	
CLASE RADIOLÓGICA	
HAQ (Adjuntar cuestionario)	
DAS 28 (Especificar NAD, NAI, ERS, Vas global de la persona)	
TRATAMIENTO ACTUAL POR AR (Especificar drogas recibidas, dosis y tiempo de tratamiento)	

FORMULARIO DAS28

		IZQUIERDA		DERECHA	
		TUMEFACCIÓN	DOLOR	TUMEFACCIÓN	DOLOR
HOMBRO					
CODO					
MUÑECA					
MCF	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
IFP	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
RODILLA					
SUBTOTAL					
TOTAL		TUMEFACCIÓN		DOLOR	
No actividad enfermedad			Alta actividad enfermedad		

Tumefacción (0-28)	
Dolor (0-28)	
VHS (mm 1ªh)	
EVA actividad enfermedad-paciente (0-100 mm)	
DAS28=0,56 #/(t28)+0,28#/(sw28)+0,70#Ln(ERS)+0,14#GH	

CUESTIONARIO HAQ

Con este cuestionario pretendemos saber de qué manera su enfermedad lo afecta para realizar ciertas actividades de la vida diaria.

MARQUE LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU CAPACIDAD PARA HACER LAS COSAS DURANTE LA SEMANA PASADA

PUEDE USTED:	SIN DIFICULTAD	CON ALGO DE DIFICULTAD	CON MUCHA DIFICULTAD	NO PUEDO HACERLO
VESTIRSE Y ARREGLARSE				
Vestirse solo(a), incluyendo atarse los cordones de los zapatos y desabotonarse la ropa?				
Lavarse el cabello?				
LEVANTARSE				
Levantarse de una silla sin ayudarse con los brazos?				
Entrar y salir de la cama?				
COMER				
Cortar carne?				
Levantar la taza o un vaso llenos para llevárselos a la boca?				
Abrir un cartón de leche?				
CAMINAR				
Caminar fuera de su casa, sobre un terreno plano?				
Subir 5 escalones?				

POR FAVOR MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMUNMENTE USA PARA ALGUNAS DE ESTAS ACTIVIDADES (Vestirse y arreglarse, levantarse, comer, caminar) Si no precisa ninguno simplemente NO marque nada.

Bastón	
Andador	
Muletas	
Cubiertos especiales o adaptados	
Silla de ruedas	
Silla adaptada	
Elementos que use para vestirse (abrochador, toma para cierres, calzador largo de zapatos)	

POR FAVOR MARQUE CON UNA CRUZ, EN QUE ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA. Si no precisa ninguno simplemente NO marque nada.

Higiene	
Alcanzar objetos	
Agarrar y abrir cosas	
Mandados y tareas domesticas	

PUEDA USTED:	SIN DIFICULTAD	CON ALGO DE DIFICULTAD	CON MUCHA DIFICULTAD	NO PUEDO HACERLO
HIGIENE				
Lavarse y secarse su cuerpo?				
Bañarse en la bañera?				
Sentarse y levantarse del inodoro?				
ALCANZAR				
Alcanzar y bajar un objeto de 2 kg.?				
Agacharse para levantar ropa del piso?				
AGARRAR				
Abrirlas puertas del auto?				
Abrir frascos, no por primera vez, sino que ya hayan sido abiertos previamente?				
Abrir y cerrar canillas?				
ACTIVIDADES				
Hacer mandado o ir de compras?				
Entrar y salir del auto?				
Hacer tareas domésticas, como pasar aspiradora, barrer, o limpiar el patio?				

POR FAVOR MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMUNMENTE USA PARA ALGUNAS DE ESTAS ACTIVIDADES (Higiene, alcanzar, agarrar(abrir objetos), hacer tareas domésticas) Si no precisa ninguno simplemente NO marque nada.

Asiento elevado de inodoro	
Asiento de bañera	
Adaptaciones con mango largo para alcanzar objetos	
Abridor de frascos	
Adaptaciones con mango largo e el baño	
Barra en bañera	
Otros (aclarar)	

Fecha:/...../.....

.....

Firma y sello de médico actuante