

**PLANILLA PARA EVALUAR PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDEA**

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

La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al Médico que evaluó a la persona.

<b>Apellido y Nombre</b>	
<b>DNI</b>	

<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.**

## FORMULARIO DAS28

Nombre Paciente.....		Fecha Nacimiento .....-.....-.....		
Nombre Observador.....		Fecha .....-.....-.....		
		<b>Izquierda</b>		<b>Derecha</b>
		<b>Tumefacción</b>	<b>Dolor</b>	<b>Tumefacción</b>
				<b>Dolor</b>
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 1ª h)				
EVA actividad enfermedad-paciente (0-100 mm)				
$\text{DAS28} = 0,56^* \div (t28) + 0,28^* \div (sw28) + 0,70^* \text{Ln(ESR)} + 0,014^* \text{GH}$				

Firma y sello del Profesional

# CUESTIONARIO HAQ

## APENDICE 1

NOMBRE Y APELLIDO: ..... FECHA: .....

### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD

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

#### VESTIRSE Y ARREGLARSE

Sin  
Dificultad

Con Algo  
de Dificultad

Con Mucha  
Dificultad

No Puedo  
Hacerlo

Puede usted:

Vestirse solo(a), incluyendo alarse los cordones de los zapatos, Abotonarse y desabotonarse la ropa?





¿Lavarse el cabello?





#### LEVANTARSE

Puede usted:

Levantarse de una silla sin ayudarse con los brazos?





Entrar y salir de la cama?





#### COMER

Puede usted:

¿Cortar la carne?





¿Levantar una taza o un vaso llenos para llevárselos a la boca?





¿Abrir un cartón de leche?





#### CAMINAR

Puede usted:

¿Caminar fuera de su casa, sobre un terreno plano?





¿Subir 5 escalones?





POR FAVOR MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES (Vestirse y Arreglarse, Levantarse, Comer, Caminar). Si no precisa ninguno, simplemente NO marque nada

Bastón

Muletas

Cubiertos especiales o adaptados

Andador

Silla de ruedas

Silla especial adaptada

Elementos que use para vestirse (abrochador de botones, toma para cierres, calzador de zapatos de mango largo)

POR FAVOR MARQUE EN QUÉ ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA. (Si no precisa ayuda, simplemente NO marque nada)

Vestirse y arreglarse

Levantarse

Comer

Caminar

HIGIENE	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
<b>Puede usted:</b>				
Lavarse y secarse su cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bañarse en la bañera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse y levantarse del inodoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>ALCANZAR</b>				
<b>Puede usted:</b>				
Alcanzar y bajar un objeto de 2 kilos (como 2 bolsas de azúcar) Desde una altura por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse para levantar ropa del piso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>AGARRAR</b>				
<b>Puede usted:</b>				
Abrir las puertas de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir frascos, no por primera vez, sino que ya hayan sido abiertos Previamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir y cerrar las canillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>ACTIVIDADES</b>				
<b>Puede usted:</b>				
Hacer mandados o ir de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar y salir de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer tareas domésticas, como pasar la aspiradora, barrer, o limpiar un patio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
<b>MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA REALIZAR ESTAS ACTIVIDADES (Higiene, Alcanzar, Agarrar [abrir objetos], Hacer tareas domésticas). Si no utiliza ninguno, simplemente NO marque nada</b>				
<input type="checkbox"/> Asiento elevado de inodoro	<input type="checkbox"/> Barra en la bañera			
<input type="checkbox"/> Asiento en la bañera	<input type="checkbox"/> Adaptaciones con mango largo para alcanzar objetos			
<input type="checkbox"/> Abridor de frascos	<input type="checkbox"/> Adaptaciones con mango largo en el baño			
<input type="checkbox"/> Otros (aclarar)				
<hr/>				
<b>POR FAVOR MARQUE EN QUÉ ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA. (Si no precisa ayuda, simplemente NO marque nada)</b>				
<input type="checkbox"/> Higiene	<input type="checkbox"/> Alcanzar objetos			
<input type="checkbox"/> Agarrar y abrir cosas	<input type="checkbox"/> Mandados y tareas domésticas			

FIRMA Y SELLO

.....