

Drogas Modificadoras de la Enfermedad

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

Drogas Biológicas

DROGA	DOSIS	TIEMPO	EFICACIA	MOTIVO DE SUSPENSIÓN

Tiempo de tratamiento _____

Evolución _____

Abandono de tratamiento - motivo _____

Observaciones _____

Otras Drogas

DROGA	DOSIS	TIEMPO	EFICACIA	MOTIVO DE SUSPENSIÓN

Tratamiento previos (Últimos 6 meses)

DROGA	DOSIS	TIEMPO	EFICACIA	MOTIVO DE SUSPENSIÓN

Tratamiento no farmacológico

¿Usa bastón? SI NO Otro: _____

¿Usa andador? SI NO _____

¿Usa Silla de ruedas? SI NO _____

Toxicidad Adjuntar denuncia de farmacovigilancia - ANMAT

Gastrointestinal SI NO _____

Respiratorias SI NO _____

Dermatológica SI NO _____

Neurológica SI NO _____

Otros SI NO _____

MÉDICO TRATANTE

Apellido y nombre: _____

Domicilio Profesional: _____

Email: _____ Teléfono Laboral: _____

Lugar: _____

Fecha: ___/___/___/

Firma y aclaración del afiliado