



# F.110

**DIRECCION DE LA OBRA SOCIAL DEL ESTADO PROVINCIAL**

CHACABUCO ESQ AYACUCHO - SAN LUIS  
TEL: y FAX 0266-4424626  
[www.dosep.sanluis.gov.ar](http://www.dosep.sanluis.gov.ar)  
[planesespeciales@dosep.sanluis.gov.a](mailto:planesespeciales@dosep.sanluis.gov.a)

**PROGRAMA PARA PATOLOGIAS CRONICAS  
ARTRITIS REUMATOIDEA**

AREA PLANES ESPECIALES  
USO INTERNO

H.C. N°	
OBS	

**IMPORTANTE**

EL FORMULARIO DEBE ESTAR COMPLETO (AMBAS CARAS) Y SER LEGIBLE

**TRAMITE SUJETO A AUDITORIA MEDICA**

**REQUISITOS PRIMERA VEZ:**

- ORIGINAL FORMULARIO F.110
- FOTOCOPIA DE CARNET , AMBAS CARAS
- FOTOCOPIA DNI
- FOTOCOPIA CERTIFICADO CERPPE - CUD
- FOTOCOPIA ESTUDIOS RELACIONADOS Y RESPALDATORIOS DEL DIAGNOSTICO

**REQUISITOS RENOVACION:**

- ORIGINAL FORMULARIO F.110
- CONSTANCIA PLAN A RENOVAR (ORIGINAL)
- FOTOCOPIAS DE CARNET , AMBAS CARAS
- FOTOCOPIA CERTIFICADO CERPPE - CUD
- FOTOCOPIA ESTUDIOS RELACIONADOS Y RESPALDATORIOS DEL DIAGNOSTICO

Nombre y Apellido		Fecha Nac. / /	
DNI N°			
<b>RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA</b>			
Fecha inicio de la enfermedad / /		Peso Kg	Talla cm
Evolución, antecedentes de patologías asociadas (cardiovasculares, neoplásicas, infecciosas, etc.)			
<b>Tratamientos farmacológicos previos</b>			
<b>Droga</b>	<b>Dosis</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Resultados</b>
<b>Laboratorio específico actual:</b> serología reumática y reactantes de fase aguda			
<b>Factor R</b>	u/ml	<b>VSG</b>	mm, 1er. hora
<b>PCR</b>	mg/l	Otros (detallar)	
<b>Estudios radiológicos:</b> (Anexar Rx de articulaciones afectadas) Detalle de lesiones observadas atribuibles a la AR			
<b>Fármacos solicitados</b>			
<b>Fármaco</b>	<b>Concentración</b>	<b>Posología</b>	<b>Tiempo de tratamiento</b>

<i>Fármaco solicitado por vía de excepción</i>			
<i>Fármaco</i>	<i>Concentración</i>	<i>Posología</i>	<i>Tiempo de tratamiento</i>
Fundamento de la selección de dicha molécula frente a otras opciones con mayor cobertura			

ARTICULACIONES	IZQUIERDO		DERECHO				
	DOLOROSAS	INFLAMADAS	DOLOROSAS	INFLAMADAS			
Hombros							
Codos							
Muñecas							
MCF 1							
MCF 2							
MCF 3							
MCF 4							
MCF 5							
IFP 1							
IFP 2							
IFP 3							
IFP 4							
IFP 5							
Rodillas							
Subtotal							
					TOTAL	DOLOROSAS	
						INFLAMADAS	

DAS 28

VAS global del paciente

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

HAQ

-----  
*Firma y aclaración paciente*

<i>Tel.</i>	
<i>Fax</i>	
<i>Mail</i>	

.....FECHA

.....FIRMA Y SELLO DEL ESPECIALISTA

**RESERVADO AUDITORIA MEDICA**

<b>AUTORIZACIONES</b>						
DROGA	POTENCIA (concentración)	FORMA FARMACEUTICA	FRECUENCIA DE ENTREGA.	PLAN	% COBERT	PLAZO.

FECHA.....

FIRMA AUDIT.....

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demoras