



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA  
R.N.O.S. 1-0740-4

### DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: ..... DNI: ..... EDAD: .....  
NRO. AFILIADO: ..... FECHA DE NACIMIENTO: .....

### CRITERIOS DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO ESPECÍFICO: .....  
FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: .....

FAME	FECHA DE INICIO	FECHA DE SUSPENSIÓN
<b>1 CONVENCIONALES</b>		
A: METROTREXATO		
B: SULFASALAZINA		
C: LEFLUNOMIDA		
<b>2 FAME MOLÉCULAS PEQUEÑAS</b>		
TOFACITINIB		
APREMILAST		
<b>3 FAME INHIBIDORES DEL FNT - ALFA</b>		
ADALIMUMAB		
CERTOLIZUMAB PEGOL		
ETANERCEPT		
GOLIMUMAB		
INFLIXIMAB		
<b>4 FAME INHIBIDORES DE LAS INTERLAUKINAS</b>		
SECUKINUMAB		
IXEKIZUMAB		
USTEKINUMAB		

FECHA ACTUAL: \_\_\_\_\_

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

	NO	SI
ACR *20		
ACR 50		
ACR 70		
DAS 28 - CRP < 2,6**		
DAS 28 - ESR < 2,6 ***		

\*AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY RESPONSE

\*\* DISEASE ACTIVITY SCORE – UTILIZANDO PROTEINA C REACTIVA

\*\*\* DISEASE ACTIVITY SCORE – UTILIZANDO ERITROSEDIMENTACION

ACTIVIDAD MÍNIMA DE LA ENFERMEDAD  NO  SI

EFFECTOS ADVERSOS DE MEDICACIÓN  NO  SI

#### EN CASO DE SI MARCAR LAS QUE CORRESPONDAN

1. NEUTROPENIA
2. REACCIÓN ALÉRGICA
3. INFECCIONES BACTERIANAS
4. HEPATOTOXICIDAD
5. TOXICIDAD PULMONAR
6. OTROS: