

## PROTOCOLO DE ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL

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

### Datos personales

Apellido y Nombre: .....

Mail: ..... Tel.: ..... Cel: .....

DNI: ..... Edad: ..... Género: .....

### Diagnóstico

Fecha de diagnóstico: ...../...../.....

Diagnóstico según CIE 10

Código Descripción

Código	Descripción

### Resumen de Historia Clínica

Factor Reumatoideo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

HAQ: \_\_\_\_\_

### Tratamiento indicado

Monodroga	Dosis diaria	Dosis semanal	Dosis mensual
Abatacept			
Adalimumab			
Canakinumab			
Etanercept			
Tocilizumab			

### Médico Solicitante

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Matrícula nacional: N° \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Matrícula provincial: N° \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: