

ANEXO IV

PLANILLA DE EVALUACION DE PERSONAS CON PATOLOGÍA DE COLUMNA VERTEBRAL

Este certificado deberá ser completado por médico especialista en Traumatología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre	
DNI	

1- Diagnóstico principal
.....

2- Diagnóstico secundario
.....

3- Año de comienzo de la patología:.....

4- Tratamientos realizados (médicos y quirúrgicos)
.....
.....

5- Tratamiento rehabilitador aplicado (indicar fecha de comienzo)
.....
.....

6- Alteración en las funciones cardio-respiratorias
.....
.....

7- Tipo de marcha
.....

8- Tropismo muscular
.....

9- En caso de escoliosis: medición de ángulo de COBB y del índice de MOE y NASH
.....
.....

Estudios e informes.

Todos los estudios deben ser presentados en original y fotocopia al momento de ser evaluada la persona.

- 1- Adjuntar Radiografía de las zonas afectadas con INFORME**
- 2- Adjuntar RMN con INFORME**
- 3- Adjuntar TAC con INFORME**
- 4- Adjuntar EMG con INFORME**

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

..... Firma y sello del médico actuante.
--

PLANILLA PARA EVALUAR PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Este certificado deberá ser completado por médico especialista en Reumatología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al Médico que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre:	
DNI	

EDAD	
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA AR	
RESULTADOS DE LÁTEX Y Anti CCP	
CLASE FUNCIONAL	
CLASE RADIOLÓGICA	
HAQ (adjuntar cuestionario)	
DAS 28 (especificar NAD, NAI, ERS, Vas global de la persona)	
TRATAMIENTO ACTUAL por AR (especificar drogas recibidas, dosis y tiempo de tratamiento)	
OBRA SOCIAL	
MOTIVO DE SOLICITUD DEL CERTIFICADO	

FECHA: / /

<p>.....</p> <p>Firma y sello del médico actuante.</p>

PLANILLA PARA EVALUAR PERSONAS CON MIASTENIA GRAVIS

Este certificado deberá ser completado por médico especialista en Neurología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al Médico que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre	
DNI	

1- Clasificación de la Miastenia Gravis según escala Osserman:.....

2-Tiempo de evolución de la Miastenia Gravis.....

3- Tratamientos recibidos (especificar drogas, dosis utilizadas y tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).

Esquema de Tto Nº 1	Esquema de Tto Nº 2	Esquema de Tto Nº 3

4- Tratamiento actual (especificar drogas, dosis utilizadas y tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).

Esquema terapéutico actual

5-Adjuntar informes de los estudios realizados para abordar al diagnóstico (los que posea):

-Pruebas Farmacológicas.....

-ACRA:

-Anti MUSK:.....

-Estimulación Repetitiva:.....

-Fibra única:.....

-Otros:.....

.....

6-Resumen de historia clínica completo (antecedentes, estado actual, pronóstico, respuesta a los tratamientos instaurados etc):

.....

.....

.....

.....

FECHA: / /

.....
Firma y sello del médico actuante

**PLANILLA PARA EVALUAR PERSONAS
CON ESCLEROSIS MULTIPLE**

Este certificado deberá ser completado por médico especialista en Neurología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al Médico que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre	
DNI	

1- Tipo de Esclerosis múltiple.....

2- Tiempo de evolución de la enfermedad.....

3- Tratamientos recibidos (especificar drogas, dosis utilizadas y tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).

.....
.....
.....
.....

4- Tratamiento actual (especificar drogas, dosis utilizadas)

.....
.....
.....
.....

5- Grado de discapacidad según EDSS

.....

6-Adjuntar informes de los estudios realizados para abordar al diagnóstico:

.....

.....
.....
.....
.....

7-Resumen de historia clínica completo (antecedentes, estado actual, respuesta a los tratamientos instaurados etc):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FECHA: / /

.....

Firma y sello del médico actuante