



**07- PLANILLA PARA EVALUAR PERSONAS CON  
ARTRITIS REUMATOIDEA + DAS 28 + HAQ**

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	..... Firma y sello del Médico actuante
----------------------------	--



**FORMULARIO DAS 28**

Nombre del paciente:..... Nombre del observador:.....				
Fecha de nacimiento:..... Fecha:.....				
	Izquierda		Derecha	
	Tumefacción	Dolor	Tumefacción	Dolor
Hombro				
Codo				
Muñeca				
MCF	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
IFP	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Rodilla				
Subtotal				
Total	Tumefacción		Dolor	
No actividad de la enfermedad		Alta actividad de la enfermedad		
Tumefacción (0-28)				
Dolor (0-28)				
VHS (mm 1aH)				
EVA (0-100mm)				
DAS 28= 0,56 (t28) + (0,28*) (sw28)+ 0,70*Ln(ESR)+0,014*GH				

**Calculo del DAS 28:**

Puede utilizarse con o sin evaluación global y en acuerdo a ello contar con tres o cuatro ítems a volcar en dos formulas diferentes:

$$\text{DAS - 28 - 4 (4 variables)} = 0.56 (\sqrt{\text{N.A.D.-28}}) + 0.28 (\sqrt{\text{N.A.T-28}}) + 0.70 (\text{In VSG}) + 0.014 (\text{E.G.P.})$$

$$\text{DAS - 28 - 3 (3 variables)} = 0.56 (\sqrt{\text{N.A.D. 28}}) + 0.28 (\sqrt{\text{NAT 28}}) + 0.70 (\text{In VSG}) + 1.08 + 0.16$$

**El rango del DAS 28 va de 0 a 9.4.**

Interpretación del DAS 28:

DAS 28 ≤ 3.2 = baja actividad.

DAS 28 > 3.2 - ≤ 5.1 = moderada actividad.

DAS 28 > 5.1 = alta actividad.



**CUESTIONARIO HAQ**

APENDICE 1

**NOMBRE Y APELLIDO:** ..... **FECHA:** .....

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD**

Con este cuestionario pretendemos saber de qué manera su enfermedad lo afecta para realizar ciertas actividades de la vida diaria. MARQUE LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU CAPACIDAD PARA HACER LAS COSAS DURANTE LA SEMANA PASADA

VESTIRSE Y ARREGLARSE	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Puede usted:				
Vestirse solo(a), incluyendo atarse los cordones de los zapatos, Abotonarse y desabotonarse la ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Lavarse el cabello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LEVANTARSE	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Puede usted:				
Levantarse de una silla sin ayudarse con los brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar y salir de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMER	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Puede usted:				
¿Cortar la carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Levantar una taza o un vaso llenos para llevárselos a la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Abrir un cartón de leche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAMINAR	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Puede usted:				
¿Caminar fuera de su casa, sobre un terreno plano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Subir 5 escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES (Vestirse y Arreglarse, Levantarse, Comer, Caminar). Si no precisa ninguno, simplemente NO marque nada

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón   | <input type="checkbox"/> Muletas         | <input type="checkbox"/> Cubiertos especiales o adaptados |
| <input type="checkbox"/> Andador  | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Silla especial adaptada          |
| <input type="checkbox"/> Elementos que use para vestirse (abrochador de botones, toma para cierres, calzador de zapatos de mango largo) |  |   |

POR FAVOR MARQUE EN QUÉ ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA. (Si no precisa ayuda, simplemente NO marque nada)

- |  |                                     |                                |                                  |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vestirse y arreglarse | <input type="checkbox"/> Levantarse | <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Caminar |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|



**HIGIENE**

Puede usted:

	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Lavarse y secarse su cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bañarse en la bañadera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse y levantarse del inodoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ALCANZAR**

Puede usted:

	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Alcanzar y bajar un objeto de 2 kilos (como 2 bolsas de azúcar) Desde una altura por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse para levantar ropa del piso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**AGARRAR**

Puede usted:

	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Abrir las puertas de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir frascos, no por primera vez, sino que ya hayan sido abiertos Previamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir y cerrar las canillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ACTIVIDADES**

Puede usted:

	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Hacer mandados o ir de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar y salir de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer tareas domésticas, como pasar la aspiradora, barrer, o limpiar un patio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA REALIZAR ESTAS ACTIVIDADES (Higiene, Alcanzar, Agarrar [abrir objetos],

Hacer tareas domésticas). Si no utiliza ninguno, simplemente NO marque nada

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiento elevado de inodoro | <input type="checkbox"/> Barra en la bañadera                               |
| <input type="checkbox"/> Asiento en la bañadera     | <input type="checkbox"/> Adaptaciones con mango largo para alcanzar objetos |
| <input type="checkbox"/> Abridor de frascos         | <input type="checkbox"/> Adaptaciones con mango largo en el baño            |
| <input type="checkbox"/> Otros (aclarar)            |   |

POR FAVOR MARQUE EN QUÉ ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA. (Si no precisa ayuda, simplemente NO marque nada)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Higiene               | <input type="checkbox"/> Alcanzar objetos             |
| <input type="checkbox"/> Agarrar y abrir cosas | <input type="checkbox"/> Mandados y tareas domésticas |

FIRMA Y SELLO

.....