



FASE 3 WHO-ILAR-COPCORD-AGAR-GUATEMALA 2006-2007

ZONA 5 CIUDAD DE GUATEMALA / MUNICIPIO DE SAN JUAN SACATEPÉQUEZ

Fecha: DIA MES HORA

Médico (a): Apellidos: _____ / _____ Nombres: _____ / _____

Información a la persona entrevistada:

Toda la información proporcionada por usted será confidencial y no le afectará negativamente en ninguna forma. Toda la información recabada será analizada y utilizada con fines de investigación, educación en salud, y planificación de los servicios de salud.

Nombre completo de la persona evaluada / entrevistada:

Apellidos: _____ / _____ Nombres: _____ / _____

Fecha de Nacimiento DIA MES AÑO

Género M F

Fecha Cuestionario Fase 1: DIA MES AÑO

Fecha Cuestionario Fase 2: DIA MES AÑO

Muestra de sangre: NO SI Se tomó Rayos X NO SI

DIAGNÓSTICOS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

EVALUACIÓN CLÍNICA:

Estatura Mts Peso lb. Fiebre NO SI

TO: PA: mmHg FC: latidos/minuto

Pérdida del cabello NO SI Palidez NO SI

Edema pies NO SI Desnutrición NO SI

PÉRFIL ARTICULAR: Nódulos NO SI

En caso afirmativo, mencione: Comienzo Agudo Insidioso

Duración Meses Años

PATRÓN I: Monoarticular Oligoarticular Poliarticular

PATRÓN II: Simétrico Asimétrico

CURSO: Lentamente progresiva Rápidamente progresiva

Remisión estática Remisión parcial Remisión parcial y recaídas

Remisión completa y recaídas

ESTADO FUNCIONAL:

Trabaja en casa NO SI Dificultad para realizar las tareas NO SI

Acostado en cama NO SI CLASE ARA 1 2 3 4

HISTORIA FAMILIAR:

¿Hay algún familiar en primer grado que haya padecido alguna de las enfermedades que a continuación se mencionan?

	NO	SI	Padres	Hermano(a)	Hijo(a)	Tía / tío
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>					
Espondiloartropatía	<input type="checkbox"/>					
Otros, especifique	<input type="checkbox"/>					

Comentarios:

HISTORIA MÉDICA:

Enfermedad	Duración	Medicamento anterior	Medicamento actual
Diabetes	Meses: <input type="checkbox"/> Años: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	Meses: <input type="checkbox"/> Años: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastritis	Meses: <input type="checkbox"/> Años: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra:	Meses: <input type="checkbox"/> Años: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra:	Meses: <input type="checkbox"/> Años: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra:	Meses: <input type="checkbox"/> Años: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra:	Meses: <input type="checkbox"/> Años: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REVISIÓN POR SISTEMAS:

	ANOTACIONES
OJOS	
PIEL, MUCOSAS Y CABELLO	
GANGLIOS LINFÁTICOS	
SISTEMA VASCULAR	
CORAZON	
PULMONES	
ABDOMEN	
GENITO URINARIO	
NEUROLÓGICO	
MÚSCULOESQUELÉTICO	
OTROS	

MEDICAMENTOS ANTERIORES:

TIEMPO PREVIO	ANALGÉSICOS	AINES	ESTEROIDES	DMARDs
0-8 semanas				
2-6 meses				
6 meses – 1 año				
Antes de 1 año				

COLUMNA VERTEBRAL:

Indique movimientos restringidos por leve (+), moderado (++), severo (+++)

CERVICAL FLEX EXT ROT-DER ROT-IZQ

FLEX-LAT-DER FLEX-LAT-IZQ

TORÁXICA EXPANSIÓN TORÁXICA CMS DISTANCIA MANO-PISO CMS

LUMBAR FLEX EXT ROT-DER ROT-IZQ

FLEX-LAT-DER FLEX-LAT-IZQ

EVALUACIÓN ARTICULAR:

DERECHA			IZQUIERDA		DERECHA			IZQUIERDA	
D/d	Hin		D/d	Hin	D/d	Hin		D/d	Hin
		1. Temporomandibular					19. MCP 4		
		2. Esternoclavicular					20. MCP 5		
		3. Acromioclavicular					21. Cadera		
		4. Hombro					22. Rodilla		
		5. Codo					23. Tobillo		
		6. Muñeca					24. Tarsal medio		
		7. IF 1					25. MTF 1		
		8. IFD 2					26. MTF 2		
		9. IFD 3					27. MTF 3		
		10. IFD 4					28. MTF 4		
		11. IFD 5					29. MTF 5		
		12. IFP 2					30. IF * (P)1		
		13. IFP 3					31. IFP (P)2		
		14. IFP 4					32. IFP (P)3		
		15. IFP 5					33. IFP (P)4		
		16. MCF 1					34. IFP (P)5		
		17. MCF 2					35. SI articulación		
		18. MCF 3							

*P = Pie; D = Dolor; d = dolor al tocar; Hin = hinchazón

RANGO DE MOVIMIENTO:

Indique movimientos restringidos por leve (+), moderado (++), severo (+++)

DERECHA	ARTICULACIÓN	IZQUIERDA	DERECHA	ARTICULACIÓN	IZQUIERDA
	HOMBRO			CADERA	
	CODO			RODILLA	
	MUÑECA			TOBILLO	

DEFORMIDADES ARTICULARES: Indique SEVERO con una S y MODERADO con una M

Mano derecha Cuello de cisne Botoniere Desviación cubital
 Pulgar Z S/L MCF

Mano izquierda Cuello de cisne Botoniere Desviación cubital
 Pulgar Z S/L MCF

Puño derecho Completo Incompleto

Puño izquierdo Completo Incompleto

Hombro Derecho Izquierdo

Codo Derecho DFF Izquierdo DFF

Muñeca Derecha S/L Izquierda S/L

Rodillas Derecha DF VL VR

Izquierda DF VL VR

Tobillos Derecho Izquierdo

Pies Derecho VR VL TRAS

Izquierdo VR VL TRAS

Otros: _____

S/L = Subluxación; DFF = Deformidad Fija de la flexión;
 VR = Varus (pie zambo); VL = Valgus (torcido hacia afuera); TRAS = traslapado

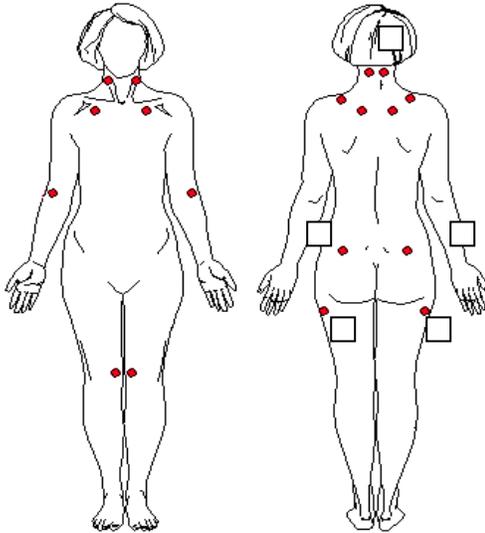
EVALUACIÓN COMPLETA DEL MÉDICO ACERCA DE LA ENFERMEDAD:

1) Asintomático 2) Leve 3) Moderado 4) Severa 5) Muy severa

DOLORES DE TEJIDO BLANDO / PUNTOS DOLOROSOS:

Usted puede circular el punto si es positivo o usar un √ para indicar otro lugar.

CONTROL • DOLOROSO



Entesitis: Talón NO SI Tendón de Aquiles NO SI
 Otros NO SI Especifique la región: _____
 Tenosinovitis: NO SI Especifique la región: _____

EVALUACIÓN DEL PACIENTE:

Indique con un círculo en la escala de dolor, la intensidad del dolor que siente hoy debido a su artritis.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Menos dolor Más dolor

EVALUACIÓN GENERAL DE SALUD: Indique con un círculo en la escala de abajo. Incluyendo su artritis, ¿Cómo está su salud el día de hoy?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Peor condición de salud Mejor condición de salud

EVALUACIÓN COMPLETA DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE:

1) Asintomático 2) Leve 3) Moderado 4) Severa 5) Muy severa

DURACIÓN DE LA RIGIDEZ MATUTINA: _____ minutos

ANOTACIONES:

INVESTIGACIONES DE LABORATORIO:

VES		BUN		ASO		ORINA:
Hb		Creatinina		PLAQUETAS		
TGB		TGO		FR TÍTULO		
DIF: P		TGO		PCR TÍTULO		OTROS:
L		ALB		ANTI-CCP		
E		GLOB		ANTI-dsDNA		
M		FANA		ANTI-Sm		

INVESTIGACIONES RADIOLÓGICAS:

REGIONES AFECTADAS	HALLAZGOS (ESPECIALMENTE EROSIONES)
MUÑECAS / MANOS	
COLUMNA	
PELVIS	
RODILLAS	
PIES	

TERAPIA CON MEDICAMENTOS:

Nombre genérico del medicamento	Vía de administración	Potencia	Dosis (mg)	Anotaciones
	PO: _____ IM: _____			
	PO: _____ IM: _____			
	PO: _____ IM: _____			
	PO: _____ IM: _____			
	PO: _____ IM: _____			

CONTROL DE SEGUIMIENTO (OPCIONAL):

FECHA: DIA/ MES /AÑO	PÉRFIL	NOMBRE DEL MEDICAMENTO

NOTAS / OBSERVACIONES:

¡GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN!