



○ SUERO

(tubo 3,5 ml con gel,
sin anticoagulante,
tapón blanco o marrón)

Datos del solicitante:

1.-Ciudad:	5.-Dirección:
2.-Hospital:	6.-Teléfono:
3.-Especialidad:	7.-FAX:
4.-Médico solicitante:	8.- email:

Datos del paciente:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:	
1.-DIAGNÓSTICO:	<input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> EspA <input type="checkbox"/> APs <input type="checkbox"/> AIJ <input type="checkbox"/> EC <input type="checkbox"/> CU <input type="checkbox"/> EIIC <input type="checkbox"/> Uveítis <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Otras:
2.-FÁRMACO CONCOMITANTE:	<input type="checkbox"/> MTX <input type="checkbox"/> LEF <input type="checkbox"/> SZS <input type="checkbox"/> HCQ <input type="checkbox"/> AZA <input type="checkbox"/> CTC <input type="checkbox"/> Ciclosporina <input type="checkbox"/> Otros:
3.-FECHA/AÑO INICIO:	___/___/___
4.-DOSIS:
5.-PAUTA: cada	<input type="checkbox"/> semanas/ <input type="checkbox"/> días
6.-ACTIVIDAD CLÍNICA:

Tests de niveles de fármaco y/o ADA:

<input type="checkbox"/> Infliximab/anti-infliximab (Remicade)
<input type="checkbox"/> Infliximab/anti-infliximab (Remsima)
<input type="checkbox"/> Infliximab/anti-infliximab (Inflectra)
<input type="checkbox"/> Adalimumab/anti-adalimumab (Humira)
<input type="checkbox"/> Etanercept/anti-etanercept (Enbrel)
<input type="checkbox"/> Golimumab/anti-golimumab (Simponi)
<input type="checkbox"/> Rituximab/anti-rituximab (Mabthera)
<input type="checkbox"/> Tocilizumab/anti-tocilizumab (Roactemra)
<input type="checkbox"/> Ustekinumab/anti-ustekinumab (Stelara)

Observaciones:

--