

Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de ESCLEROSIS MULTIPLE.

Fecha de solicitud : ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

Los datos que se solicitan en este formulario deben ser completados por el Médico tratante del paciente. Deben ser volcados en forma rigurosa, teniendo en cuenta que formaran parte de una Base de Datos centralizada en el Fondo Nacional de Recursos, que podrá ser utilizada, además por otras Instituciones asistenciales o académicas. El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

MEDICO NEURÓLOGO SOLICITANTE:

C.I.: _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

Esclerosis Múltiple

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

Diagnóstico realizado por:

Criterios de Mac Donald: Si No

Nº de empujes al diagnóstico ___

Nº de lesiones objetivables al examen neurológico ___

FORMA CLÍNICA.

- EM en empujes y remisiones.
- EM secundariamente progresiva.
- EM primariamente progresiva.
- Episodio clínicamente aislado.

Escala funcional de Kurtzke ___ , ___ (EDSS)

Topografías posibles: Indique el nº si hay más de una topografía clínica en cada región.

- | | | | |
|---|-----|-----------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Nervio óptico | ___ | <input type="checkbox"/> Cerebelo | ___ |
| <input type="checkbox"/> Hemisferios cerebrales | ___ | <input type="checkbox"/> Médula | ___ |
| <input type="checkbox"/> Tronco encefálico | ___ | | |

PARACLÍNICA

1) RNM de cráneo No Si Fecha ___/___/___ Nº de lesiones en T2: ___

Presencia de lesiones que se refuerzan con Gadolinio: Si No

2) RNM espinal No Si Fecha ___/___/___

Presencia de lesiones: Si No

3) Potenciales evocados No Si Fecha ___/___/___

- | | | |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| a) Visuales | <input type="checkbox"/> normales | <input type="checkbox"/> anormales |
| b) Somato-sensitivos | <input type="checkbox"/> normales | <input type="checkbox"/> anormales |
| c) Auditivos | <input type="checkbox"/> normales | <input type="checkbox"/> anormales |

4) LCR No Si Fecha ___/___/___

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Bandas oligoclonales | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Por método de isoelectroenfoque | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Por otro método | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES No Si

- Cardiopatía isquémica HTA
 Cardiopatía valvular Arritmia
 Insuficiencia cardíaca TVP
 Otras Esp. _____

RESPIRATORIOS No Si

- Asma EPOC
 TBC Otras Esp. _____

DIGESTIVOS No Si

- Enfermedad celíaca Enfermedad inflamatoria
 Ulcus gastro-duodenal Gastritis
 Hepatopatía crónica

SIQUIATRICOS No Si

- Depresión
 IAE
 Sicosis
 Otros. Esp. _____

ENDOCRINO-METABÓLICOS No Si

- Diabetes Hipotiroidismo
 Hipertiroidismo

NEFROUROLÓGICOS No Si

- Insuficiencia renal Diálisis
 Litiasis urinaria Infección urinaria
 Otras Esp. _____

HEMATOLÓGICOS No Si

- Anemia Leucopenia

ENFERMEDAD NEOPLÁSICA No Si

ENFERMEDADES AUTOINMUNES No Si

INFECCIONES No Si

- HIV Hepatitis
 Sífilis

NEUROLÓGICOS No Si

- Accidente cerebro vascular
 Epilepsia
 Demencia

OTROS No Si

- Alcoholismo
 Tabaquismo
 Consumo problemático de drogas

TRATAMIENTO:

a) Tratamiento previo farmacológico:

- | | | | | |
|--|-------|-------------|-------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Prednisona | Desde | ___/___/___ | Hasta | ___/___/___. |
| <input type="checkbox"/> Interferón beta | Desde | ___/___/___ | Hasta | ___/___/___. |
| <input type="checkbox"/> Acetato de Glatiramer | Desde | ___/___/___ | Hasta | ___/___/___. |
| <input type="checkbox"/> Mitoxantrona | Desde | ___/___/___ | Hasta | ___/___/___. |
| <input type="checkbox"/> Azatioprina | Desde | ___/___/___ | Hasta | ___/___/___. |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | Desde | ___/___/___ | Hasta | ___/___/___. |

b) Tratamiento sintomático: Si No

c) Fisioterapia Si No

TRATAMIENTO SOLICITADO:

Interferón Beta

Dosis inicial propuesta: ___ ___ ___ µgr. Frecuencia semanal: 1 3 Vía de administración: i/m s/c

Dosis de mantenimiento: ___ ___ ___ µgr. Frecuencia semanal: 1 3 Vía de administración: i/m s/c

Acetato de Glatiramer

Dosis: ___ ___ ___ mg./diaria.

Consideraciones que juzgue relevantes: