

## Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES y SEGUIMIENTO de TRATAMIENTO de ESCLEROSIS MULTIPLE.

Fecha de solicitud : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años      Sexo:  Femenino  Masculino      Institución de origen \_\_\_\_\_

**Tratamiento solicitado:**  Interferón beta 1a     Interferón beta 1b     Acetato de Glatiramer  
 Fingolimod                       Ocrelizumab                       Ofatumumab

**Neurólogo solicitante:** N° de caja profesional \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Suspensión de tratamiento:**  NO     SI    Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Adjuntar informe)

Motivo:  Intolerancia                       Abandono                       Fallo terapéutico  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Cambio de tratamiento:** Cambia de fármaco?  No     Si    (Adjuntar informe)

Droga que tomaba:  Interferón beta 1 a                       Fingolimod  
 Interferón beta 1 b                       Ocrelizumab  
 Acetato de Glatiramer                       Ofatumumab

Motivo de cambio:  Intolerancia a la droga.  
 Fallo terapéutico  
 Revisión de fenotipo clínico  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Complicaciones del tratamiento:**  No     Si

Solo para Ocrelizumab:

Ocurrencia de reacciones relacionadas con la perfusión (RRP):  No     Si

Severidad:  RRP grave     RRP Leve-Moderada

Tipo:  Hipersensibilidad aguda  
 Insuficiencia respiratoria aguda  
 Fiebre  
 Otros

Especifique: \_\_\_\_\_

**NEUROSIQUIIATRICOS**  No  Si

- Depresión  
 Cefaleas  
 Otros. Esp. \_\_\_\_\_

**DIGESTIVAS**  No  Si

- Nauseas/Vómitos  
 Alteración de enzimas hepáticas  
 Otros. Esp. \_\_\_\_\_

**OFTALMOLOGICAS**  No  Si

- Edema macular  
 Otros: \_\_\_\_\_

**NEOPLASICAS**  No  Si

- Piel  Mama  
 Linfoma  Otros. Esp. \_\_\_\_\_

**ENDOCRINOLOGICAS**  No  Si

- Disfunción tiroidea  
 Otros. Esp. \_\_\_\_\_

**CARDIOVACULARES**  No  Si

- Arritmia  
 Dolor tx  
 Otros. Esp. \_\_\_\_\_

**PIEL**  No  Si

- En sitio de inyección - Necrosis  
 En sitio de inyección – Máculo/Pápula  
 Otras lesiones: \_\_\_\_\_

**INFECCIOSAS**  No  Si

- BK  
 Infección respiratoria alta  
 Herpes zoster  
 ITU  
 Otros. Esp. \_\_\_\_\_

**OTROS**  No  Si

- Fiebre  
 Astenia  
 Mialgia  
 Otros: \_\_\_\_\_

**Seguimiento 1er mes de tratamiento (Fingolimod/Ofatumumab):**  No  Si (Adjuntar documentación)

**Informe médico de tolerancia a primera dosis**  No  Si Resultado:  Bien Tolerada  Efectos adversos

**Hemograma:**  No  Si Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado:  Normal  Alterado. Especificar \_\_\_\_\_

**Funcional Hepático:**  No  Si Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado:  Normal  Alterado. Especificar \_\_\_\_\_

**Seguimiento 6to mes de tratamiento:**  No  Si

**Informes y estudios:** (Adjuntar documentación)

**Hemograma:**  No  Si Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado:  Normal  Alterado. Especificar \_\_\_\_\_

**Funcional Hepático:**  No  Si Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado:  Normal  Alterado. Especificar \_\_\_\_\_

**Creatininemia**  No  Si Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado:  Normal  Alterado. Especificar \_\_\_\_\_

Solo para Ocrelizumab:

Informe médico de tolerancia  No  Si Resultado:  Bien tolerado  Efectos adversos

Sólo para Fingolimod: (Adjuntar documentación)

Informe de oftalmólogo:  No  Si Resultado:  Normal  Edema macular  Otro

Seguimiento anual:  No  Si

Paraclínica solicitada para todos los medicamentos: (Adjuntar documentación)

**Hemograma:**  No  Si Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado:  Normal  Alterado. Especificar \_\_\_\_\_

**Funcional Hepático:**  No  Si Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado:  Normal  Alterado. Especificar \_\_\_\_\_

**Creatininemia**  No  Si Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado:  Normal  Alterado. Especificar \_\_\_\_\_

Sólo para Interferón / Acetato de glatiramer (Adjuntar documentación)

**TSH:**  No  Si Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Resultado:  Normal  Alterado. Especificar \_\_\_\_\_

Informes y estudios solicitados para todos los medicamentos:

Informe médico respecto a situación clínica  No  Si (Adjuntar informe)

Empujes en el año:  No  Si N° \_\_\_\_

Escala funcional de Kurtzke (EDSS) \_\_ \_\_, \_\_

Informes solicitados sólo para Fingolimod: (Adjuntar informes)

Informe de oftalmólogo:  No  Si Resultado:  Normal  Edema macular  Otro

Informe de dermatólogo:  No  Si Resultado:  Normal  Cáncer de piel  Otro

Estudios realizados:

**RNM cráneo**  No  Si Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N° de lesiones en T2: \_\_ \_\_

Aumento de carga lesional:  No  Si

Actividad/ Lesiones que se refuerzan con Gadolinio:  Si  No N° \_\_ \_\_

**RNM espinal**  No  Si Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

Presencia de lesiones  No  Si N° \_\_ \_\_ Aumento de carga lesional:  No  Si

Actividad/ Lesiones que se refuerzan con Gadolinio:  Si  No N° \_\_ \_\_

**Tratamiento propuesto:**

- |  |                  |   |                                 |                                |
|--|------------------|---|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Interferón beta 1 a   | Dosis propuesta: | <input type="checkbox"/> 22 mcg   | <input type="checkbox"/> 44 mcg | <input type="checkbox"/> 30mcg |
| <input type="checkbox"/> Interferón beta 1 b   | Dosis propuesta: | <input type="checkbox"/> 250 mcg  |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Acetato de Glatiramer | Dosis propuesta: | <input type="checkbox"/> 20 mg  | <input type="checkbox"/> 40 mg  |                                |
| <input type="checkbox"/> Fingolimod            | Dosis propuesta: | <input type="checkbox"/> 0,50 mg  |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Ocrelizumab           | Dosis propuesta: | <input type="checkbox"/> Inicio de tratamiento 300 mg día 0 y día 15    |                                 |                                |
|  |                  | <input type="checkbox"/> Mantenimiento 600 mg                           |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Ofatumumab            | Dosis propuesta: | <input type="checkbox"/> Inicio de tratamiento 20 mg semana 0, 1, 2 y 4 |                                 |                                |
|  |                  | <input type="checkbox"/> Mantenimiento 20 mg mensual                    |                                 |                                |

**Consideraciones que juzgue relevantes:**  No  Si (Adjuntar informe médico)

INGRESO POR SISTEMA