

## 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

**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

Motivo de cambio:  Intolerancia a la droga.  
 Fallo terapéutico  
 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
- Herpes zoster
- Otros. Esp. \_\_\_\_\_

**OTROS**  No  Si

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

**Seguimiento primer mes de tratamiento (sólo para Fingolimod):**  No  Si (Adjuntar documentación)

**Informe médico de efecto 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 tercer mes de tratamiento (para Interferón, Acetato de Glatiramer y Fingolimod):**

No  Si

**Informes y estudios para Interferón / Acetato de glatiramer / Fingolimod:** (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 Interferón / Acetato de glatiramer (Adjuntar documentación)

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

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

Sólo para Fingolimod: (Adjuntar documentación)

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

**Seguimiento semestral:**  No  Si

Solo para primer seguimiento de Ocrelizumab:

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

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 \_\_\_\_\_

**Seguimiento anual:**  No  Si

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"/> 300 mg (día 0 y día 15) | <input type="checkbox"/> 600 mg |                                |

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