

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 _____

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

MEDICO NEURÓLOGO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ C.I.: _____

Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO Esclerosis Múltiple Síndrome desmielinizante aislado

Fecha del diagnóstico: ___/___/___

FORMA CLÍNICA

- EM en empujes y remisiones
 EM en empujes y remisiones altamente activa
 EM secundariamente progresiva activa
 EM primaria progresiva

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/___

Nº de empujes en último año: ___ Fecha de último empuje: ___/___/___

Nº de empujes al diagnóstico ___

SITUACION FUNCIONAL

Escala funcional de Kurtzke (EDSS) ___ , ___

PARACLÍNICA

1) RNM de cráneo No Si Fecha ___/___/___.

Lesiones en T2 supratentoriales: Si No

Lesiones en T2 infratentoriales: Si No

Presencia de lesiones que se refuerzan con Gadolinio: Si No N°: ___

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

Presencia de lesiones: Si No

Presencia de lesiones que se refuerzan con Gadolinio: Si No N°: ___

3) LCR No Si Fecha ___/___/___

Bandas oligoclonales Si No

4) **Hemograma** No Si Fecha ___/___/___

Resultado: Normal Alterado. Especificar _____

5) **Funcional y enzimograma hepático** No Si Fecha ___/___/___

Resultado: Normal Alterado. Especificar _____

6) **TSH** No Si Fecha ___/___/___

Resultado: Normal Alterado. Especificar _____

7) **Creatininemia** No Si Fecha ___/___/___

Resultado: Normal Alterado. Especificar _____

ANTECEDENTES PERSONALES

CARDIOVASCULARES No Si

- Cardiopatía isquémica HTA
 Arritmia Otros. Esp. _____

SIQUIATRICOS No Si

- Depresión IAE
 Sicosis crónica Otros. Esp. _____

ENDOCRINO-METABÓLICOS No Si

- Diabetes
 Disfunción tiroidea
 Otros. Esp. _____

NEFROUROLÓGICOS No Si

- Insuficiencia renal
 Otros Esp. _____

HEMATOLÓGICOS No Si

- Anemia Trombocitopenia
 Leucopenia Otros. Esp. _____

ENFERMEDAD NEOPLÁSICA No Si

- Piel Hemato-oncológica
 Ginecológica Otros Esp. _____

ENFERMEDADES AUTOINMUNES No Si

Especifique: _____

INFECCIONES No Si

- HIV Hepatitis B
 Hepatitis C Tuberculosis
 Sífilis Otros Esp. _____

NEUROLÓGICOS No Si

- Ataque cerebro vascular
 Epilepsia
 Deterioro cognitivo
 Otros Esp. _____

OFTALMOLÓGICOS No Si

- Uveítis
 Retinopatía
 Otros. Esp. _____

OTROS No Si

- Alcoholismo
 Tabaquismo
 Consumo problemático de drogas
 Otros. Esp. _____

ANTECEDENTES FAMILIARES DE EM: No Si Especifique _____

TRATAMIENTOS PREVIOS:

Tratamiento modificador de la enfermedad: No Si

Interferón beta 1a No Si → Lo recibe actualmente: Si No → Motivo de suspensión: Intolerancia
 Falta de eficacia
 Otros

Interferón beta 1b No Si → Lo recibe actualmente: Si No → Motivo de suspensión: Intolerancia
 Falta de eficacia
 Otros

Acetato de Glatiramer No Si → Lo recibe actualmente: Si No → Motivo de suspensión: Intolerancia
 Falta de eficacia
 Otros

Fingolimod No Si → Lo recibe actualmente: Si No → Motivo de suspensión: Intolerancia
 Falta de eficacia
 Otros

Ocrelizumab No Si → Lo recibe actualmente: Si No → Motivo de suspensión: Intolerancia
 Falta de eficacia
 Otros

Siponimod No Si → Lo recibe actualmente: Si No → Motivo de suspensión: Intolerancia
 Falta de eficacia
 Otros

Ofatumumab No Si → Lo recibe actualmente: Si No → Motivo de suspensión: Intolerancia
 Falta de eficacia
 Otros

Otros. Especifique: _____

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: