Formulario de solicitud de INICIO de TRATAMIENTO de ESCLEROSIS MULTIPLE

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 la historia clinica del paciente. El Médico se hace responsable, con su firma, de un documento de carácter médico-legal.

Fecha de solicitud: ___/___/_____ Nombre del paciente_____

D.N.I._____ FN _____ Edad: _____ años Sexo: _____

Neurólogo solicitante: _____ Datos de contacto _____

EM tipo recaídas y remisiones ◯ EM secundariamente progresiva ◯

EM primariamente progresiva ◯ Fecha diagnostico de EM _____

SINTOMATOLOGIA

(describir fecha, síntomas y evolución de los mismos)

Síntoma inicial:

_____
_____
_____
_____

Síntomas/recaídas posteriores:

_____
_____
_____
_____

Nº de brotes al diagnóstico __ __

Examen neurológico actual_____
_____
_____
_____

Escala funcional de Kurtzke (EDSS): EDSS TOTAL _____

Piramidal ___ Cerebelo ___ Tronco cerebral ___ Sensibilidad ___ Esfinteres ___
Visual ___ Cognitivo ___ Deambulacion ___

ESTUDIOS PARACLÍNICOS

(presentar informes e imágenes)

1) RNM de cerebro Fecha ___/___/___ Reforzada gadolinio SI ◯ NO ◯

2) RNM columna espinal Fecha ___/___/___ Reforzada gadolinio SI ◯ NO ◯

3) LCR Fecha ___/___/___ Físico - químico SI ◯ NO ◯

Cultivo SI ◯ NO ◯ Bandas Oligoclonales SI ◯ NO ◯

Presentar informes

4) Laboratorio que descarte otras patologías (Presentar informes)

Rutina con hemograma, glucemia, función renal y función hepática

Colagenograma - Perfil tiroideo - Serologías (HIV y VDRL)

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

HTA ◯ Patología cardiaca ◯ Dislipemia ◯

Diabetes ◯ Hipotiroidismo ◯ Hipertiroidismo ◯

Alcoholismo ◯ Adicción a otras sustancias ◯ Tabaquismo◯

Patología digestiva ◯ Alteración función renal ◯ Hepatopatía ◯

EPOC ◯ Patología psiquiátrica ◯ Enfermedad neoplásica◯

Enfermedad autoinmune ◯ HIV ◯ Hepatitis ◯ Sífilis ◯

Accidente cerebro vascular ◯ Epilepsia ◯ Demencia ◯

Otros datos que considere relevantes:

_____

_____

TRATAMIENTO:

Tratamiento previo SI ◯ NO ◯

Especificar tratamiento recibido (droga, duración del mismo y motivo de suspensión o cambio)

_____

_____

_____

Tratamiento solicitado actualmente

_____

_____

_____

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

Fecha de solicitud: ___/___/_____ Nombre del paciente_____

D.N.I._____ Edad: _____ años Sexo: _____

Neurólogo solicitante: _____ Datos de contacto _____

EM tipo recaídas y remisiones ◯ EM secundariamente progresiva ◯

EM primariamente progresiva ◯

Indico

◯ Continuidad de tratamiento ◯ Cambio de tratamiento ◯ Suspensión de tratamiento

CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO CON (droga - dosis):_____

Seguimiento (según corresponda): Semestral ◯ Anual ◯

Presencia de recaídas ◯ Fecha/s:

Descripción_____
_____
_____

Examen neurológico actual _____
_____
_____
_____

Escala funcional de Kurtzke (EDSS): EDSS TOTAL _____

Piramidal ___ Cerebelo ___ Tronco cerebral ___ Sensibilidad ___ Esfinteres ___
Visual ___ Cognitivo ___ Deambulacion ___

Estudios solicitados (según corresponda):

Presentar informes e imágenes de resonancias e informes de laboratorio.

1) RNM de cerebro Fecha ___/___/___ Reforzada gadolinio SI ◯ NO ◯

Aumento de carga lesional ◯ Actividad/ Lesiones que se refuerzan con Gadolinio ◯

2) RNM columna espinal Fecha ___/___/___ Reforzada gadolinio SI ◯ NO ◯

Presencia de lesiones nuevas ◯ Actividad/ Lesiones que se refuerzan con Gadolinio ◯

3) Laboratorio de seguimiento (incluyendo hemograma y hepatograma)

4) Otro estudio de considerarse necesario.

SI CAMBIO DE TRATAMIENTO COMPLETAR:

Droga que tomaba_____

En tratamiento desde: __/__/____ a dosis de _____

Droga solicitada (droga - dosis) _____

Motivo de cambio:

-Intolerancia a la droga - Detallar _____

-Falla de tratamiento - Detallar criterios

_____
_____
_____

Otro motivo de cambio - Detallar

_____
_____

SI SUSPENSION DE TRATAMIENTO COMPLETAR:

Droga recibida_____ Motivo de suspensión (detallar):

- Intolerancia _____

- Indicación médica _____

- Abandono tratamiento_____

- Fallecimiento_____

- Falta de respuesta _____

Otra: _____

Otras consideraciones que juzgue relevantes:

_____
_____
_____
_____
_____