IPSST
SEGURIDAD SOCIAL

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 clínica 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 .....

SINTOMATOLOGÍA
(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..... Esfínteres .....
Visual ..... Cognitivo..... Deambulación.....

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 PATOLÓGICOS:

HTA	◯	Patología cardíaca	◯	Dislipemia	◯
Diabetes	◯	Hipotiroidismo	◯	Hipertiroidismo	◯
Alcoholismo	◯	Adicción a otras sustancias	◯	Tabaquismo	◯
Patología digestiva	◯	Alteración función renal	◯	Hepatopatía	◯
EPOC	◯	Patología psiquiátrica	◯	Enfermedad neoplásica	◯
Enfermedad autoinmune	◯	HIV ◯	Sífilis ◯	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 .....

.....

.....

IPSST
SEGURIDAD SOCIAL

Formulario de solicitud de DOSIS POSTERIORES y SEGUIMIENTO de TRATAMIENTO de E. M.

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 ◯

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 ..... Esfínteres .....

Visual ..... Cognitivo..... Deambulación .....

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 es tudio 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: .....
.....
.....
.....
.....