



PLANILLA 111 - **ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

TEL

IMPORTANTE: (1) el afiliado deberá entregar el protocolo completo por su médico tratante con copia de las recetas y del protocolo en el sector Farmacia. (2) Cualquier reclamo por error en la autorización, deberá realizarlo dentro de los 30 días de retirada la autorización. Pasado ese lapso y si Ud. advirtiere del error, deberá presentar nuevo protocolo con la solicitud de cobertura del fármaco en cuestión, que tendrá el tiempo de auditoría ordinario. 3) La resolución será entregada al afiliado luego de los ochos días hábiles en el sector Farmacia

POR FAVOR, COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA CLARA CON TINTA AZUL O NEGRA

EDAD	SEXO
DNI	AFILIADO
DIAGNÓSTICO (Marcar el que corresponda de los siguientes) SÍNDROME DESMIELINIZANTE AISLADO ESCLEROSIS MÚLTIPLE DE TIPO RECAÍDAS Y REMISIONES ESCLEROSIS MÚLTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA CON RECAÍDAS ESCLEROSIS MÚLTIPLE SECUNDARIA PROGRESIVA SIN RECAÍDAS ESCLEROSIS MÚLTIPLE PRIMARIA PROGRESIVA OTRAS VARIANTES	
FECHA DEL DIAGNÓSTICO	

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA



APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

DISCAPACIDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO (EDSS):

DISCAPACIDAD ACTUAL (EDSS)

DATOS DE LABORATORIO

Hemograma con recuento plaquetario

Urea / creatinina

Hepatograma

VDRL

Anti - NMO (en caso de clínica opticoespinal)

Serología para HIV

Anticuerpos antifosfolípidos

FAN

Anti Ro - Anti La

Dosaje vitamina B12

VSG

Estudio de LCR (celularidad, presencia de BOC y método de detección, índice IgG)

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (Puede adjuntar copia del informe)

Potencia Evocado Visual (Fecha:):

RMN de encéfalo y de columna cervical al diagnóstico y posteriores de relevancia (Fecha:

Rx de Tórax (Fecha:):

OTROS:



APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

SEGUIMIENTO

Tratamientos recibidos (aclarar droga, tiempo recibido, y si presentó ataques, progresión clínica por EDSS o nuevas lesiones en estudios de control por RNM)

Progresión de la discapacidad en el último año (medida por EDSS). Aclarar bajo que tratamiento si es que recibe.

Número de ataques en el último año. Aclarar bajo que tratamiento si es que lo recibe.

Aparición de nuevas lesiones en T2 o gadolínico positivo en el último año. Aclarar bajo que tratamiento si es que lo recibe.

Controles de laboratorio (Hemograma, Hepatograma, serología VZV en caso de recibir fingolimod)

Controles oftalmológicos (en caso de recibir fingolimod)

Control cardiológico (en pacientes en tratamiento con fingolimod)

TRATAMIENTO PROPUESTO

DROGA

DOSIS



APELLIDO Y NOMBRE _____

FECHA _____

DNI _____

VIA DE ADMINISTRACIÓN

FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

Médico tratante (Firma y sello)

Teléfono de contacto: