

Resumen de Historia Clínica
para la solicitud del tratamiento inmunomodulador de la Esclerosis Múltiple

Nombre y Apellido: _____ **DNI:** _____ **Edad:** _____

N° de afiliado: _____ **Sexo:** M F **Fecha inicio tratamiento:** __/__/____

Diagnóstico: Esclerosis Múltiple **EDSS:** _____

Forma Clínica: * remitente recidivante * primariamente progresiva
* secundariamente progresiva * otra
clínicamente activa

Tiempo de evolución: _____

Primera RMN (fecha) __/__/__ **Embarazo:** SI NO

Antecedentes de la enfermedad: _____

Últimas recaídas de la enfermedad:

Fecha	Déficit	Bajo Tratamiento	
		Sí	No

Deambulaci3n: Normal: Sin ayuda: Con ayuda:
Hasta 10 metros: Hasta 100 metros:

Visi3n: Normal: Alterada: Amaurosis:
Unilateral: Bilateral:

Autov3lido: Sí: No:

Comorbilidades _____

Estudios complementarios:

Última RMN (fecha) __/__/__ Normal: Patológico: No realizado:

Descripci3n: _____

Otros: _____

Tratamiento:

Previo: _____ Resultado: favorable desfavorable

Actual: _____ Resultado: favorable desfavorable

Tratamiento solicitado:

Inmunomodulador Interferon β: 1 a 1 b Copolímero: Otro _____

Frecuencia de aplicaci3n: _____ Dosis diaria: _____ Dosis mensual: _____

Tiempo estimado de tratamiento: _____

Objetivo del tratamiento: _____

Firma y sello del Médico:

Fecha: __/__/____