



## Solicitud de Tratamiento. Pacientes con Esclerosis Multiple.

### Para ser completado por el profesional actuante

Nombre y Apellido:			
Nº Afiliado:			
Tx renal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha Tx: / /	Peso (kg): Talla (cm): Sup. Corp. (m2):

Certificado de discapacidad: \_\_\_\_\_

Resumen de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Forma Clínica: Recaída-Remisión ☐ Primaria Progresiva ☐ Secundaria Progresiva ☐

Tiempo de Evolución: \_\_\_\_\_

Fecha de la última recaída	Deficit	Bajo Tratamiento	
		SI	NO

### EDSS:

<b>Deambulación:</b>		<b>Visión:</b>	
No dificultad <input type="checkbox"/>	Usa bastón <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Unilateral <input type="checkbox"/>
Leve dificultad <input type="checkbox"/>	Usa silla de ruedas <input type="checkbox"/>	Alterada <input type="checkbox"/>	Bilateral <input type="checkbox"/>
Moderada dificultad <input type="checkbox"/>	No deambula <input type="checkbox"/>	Amaurosis <input type="checkbox"/>	

Evolución	Si - No	Bajo Tratamiento	
		SI	NO
Presentó 2 o más exacerbaciones en los últimos 2 años			
Presentó 2 o más brotes en el último año			
Presentó 1 o más lesiones grado +			
Aumento significativo de lesiones en el último año			

Cambio de medicación: Si ☐ No ☐ Motivos: \_\_\_\_\_

Falla terapéutica a interferon	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad muy activa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermedad grave	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Evolución rápida	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Fármaco: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Tiempo estimado de tratamiento: \_\_\_\_\_

Resumen de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Auditoría (autorizado o denegado): \_\_\_\_\_

### PARA SER COMPLETADO POR IPROSS

Delegación:	Fecha: / /
Firma y sello del personal responsable:	