

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

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nº de afiliado: \_\_\_\_\_ Sexo: F M Inicio de tratamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnóstico: Esclerosis Múltiple EDSS: \_\_\_\_\_

Forma Clínica: \*remitente recidivante  \*primariamente progresiva   
 \*secundariamente progresiva  \*otra   
 clinicamente activa

Antecedentes de la enfermedad: \_\_\_\_\_

Últimas recaídas de la enfermedad:

Fecha	Déficit	Bajo Tratamiento	
		Si	No

**Deambulación:** Normal:  Sin ayuda:  Con ayuda:   
 Hasta 10 metros:  Hasta 100 metros:

**Visión:** Normal:  Alterada:  Amaurosis:   
 Unilateral:  Bilateral:

**Autoválido:** Si:  No:

Comorbilidades \_\_\_\_\_

Estudios complementarios:

Última RMN (fecha): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Normal:  Normal:  Normal:

Descripción \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Tratamiento:

Previo \_\_\_\_\_ Resultado: favorable  desfavorable

Actual \_\_\_\_\_ Resultado: favorable  desfavorable

**Tratamiento solicitado:**

Inmunomodulador Interferon β: 1 a  1 b  Copolímero  Otro \_\_\_\_\_

Frecuencia de aplicación: \_\_\_\_\_ Dosis diaria: \_\_\_\_\_ Dosis mensual: \_\_\_\_\_

Tiempo estimado de tratamiento: \_\_\_\_\_

Objetivo del tratamiento: \_\_\_\_\_

Firma y sello del Médico:

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_