

## SOLICITUD DE TRATAMIENTO: ESCLEROSIS MULTIPLE

### DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Sexo: F / M Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal: Esclerosis Multiple:  Otro:  \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO DE E.M.:

Marcar	Criterio McDonald Modificado (2017)
<input type="checkbox"/>	<b>≥ 2 ataques clínicos y:</b> <input type="checkbox"/> 2 lesiones clínicamente objetivas <b>o</b> <input type="checkbox"/> 1 lesión + historia clínica sugestiva de un ataque previo.
<input type="checkbox"/>	<b>≥ 2 ataques clínicos</b> con evidencia objetiva de 1 lesión con DIS <sup>1</sup> demostrada, sintomática o asintomática típica de EM en T2, como mínimo, en dos áreas típicas del S.N.C. <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/>	<b>1 ataque clínico</b> con signos objetivos de ≥ 2 lesiones + 1 de los sgtes.: <input type="checkbox"/> DIT <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Nueva lesión T2 o gadolinio +, en relación a RMN basal <sup>4</sup> , <input type="checkbox"/> Bandas Oligoclonales en LCR (negativas en suero).
<input type="checkbox"/>	<b>1 ataque clínico</b> (síndrome clínico aislado) + demostración de DIT y DIS
<input type="checkbox"/>	<b>Progresión neurológica insidiosa sugestiva</b> de EM: demostrar un año de progresión de la discapacidad y 2 de los sgtes: <input type="checkbox"/> ≥ 1 lesión típica de EM en T2 (por localización <sup>2</sup> <b>o</b> <input type="checkbox"/> ≥ 2 lesiones en médula espinal <b>o</b> <input type="checkbox"/> Bandas Oligoclonales en LCR (suero neg.)
<input type="checkbox"/>	<b>Síndrome clínico aislado típico<sup>5</sup> o RMN con DIS y presencia de bandas oligoclonales</b>

1 DIS: diseminación en espacio.

2 Áreas típicas del Sistema Nervioso Central: periventricular, yuxtacortical, médula espinal o infratentorial.

3 DIT: diseminación en tiempo

4 Independientemente del tiempo transcurrido del estudio basal.

5 Modificación 2017.

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

Fecha de primera manifestación y edad.

Forma de comienzo:



## SOLICITUD DE TRATAMIENTO: ESCLEROSIS MULTIPLE

### TRATAMIENTO SOLICITADO:

Droga/dosis/mes: \_\_\_\_\_

Fundamentación médica: justificación de la indicación, respuesta esperada y tiempo previsto de tratamiento.

Alternativas al tratamiento solicitado:

Estudio del estatus infectológico previo al inicio de terapia inmunomoduladora:

	NO	SI	Tipo/Resultado	Fecha Realización
Serologías: HBV Varicela Zóster				
PPD			_____mm	
Rx Tórax				
<u>Vacunas</u> Doble Bacteriana Hepatitis B *Varicela Zoster Neumococo			<input type="checkbox"/> Refuerzo <input type="checkbox"/> Esquema completo <input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Esquema completo  <input type="checkbox"/> 23V <input type="checkbox"/> 13V	Fecha Aplicación

\* Vacunación para Varicela Zóster: en caso de serología negativa, 4 a 6 semanas previo inicio de terapia inmunomoduladora.

**Importante:** Acompañar esta solicitud con copia de los informes de cada estudio relacionado al diagnóstico, estado actual, justificación de tratamiento/continuidad y estatus infectológico pre tratamiento.

**Datos de Contacto del Médico Prescriptor:**

Mail: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Estudio del estatus infectológico previo al inicio de terapia inmunomoduladora:

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_ Firma y sello del Médico \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE TRATAMIENTO: ESCLEROSIS MULTIPLE

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCESOS TERAPÉUTICOS ESPECIALES EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID19

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

#### Medifé Asociación Civil:

Me dirijo a Uds., a fin de brindar mi consentimiento para el plan de tratamiento con la medicación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ desde (mes y año) \_\_\_\_\_ solicitado por  
el Dr./a \_\_\_\_\_ MN/MP: \_\_\_\_\_

Declaro que el médico solicitante me ha brindado de manera clara, precisa y adecuada los riesgos que conlleva dicho tratamiento, como así también se me ha explicado que en el actual contexto de pandemia por COVID 19, a pesar de las rigurosas precauciones para la atención presencial, no se puede asegurar con certeza que no existe la posibilidad de contagio o bien que la medicación solicitada, debido a su alta capacidad inmunosupresora, aumente el riesgo de infecciones.

Habiendo comprendido y no quedando dudas sobre lo explicado, CONSIENTO EXPRESAMENTE y firmo al pie  
(manuscrito por el beneficiario/tutor legal/guarda)

Firma beneficiario \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Documento \_\_\_\_\_

#### Para el Médico tratante:

Por la presente asevero y doy fe, de haber explicado los alcances del tratamiento a instaurar con la medicación  
(completar mayúscula y legible) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ que se proporcionará  
al Sr./a (apellido, nombre y DNI) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ habiendo contestado todas las preguntas en  
torno a las características del mismo, \_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional

\*Medifé Asociación Civil no se responsabiliza por los efectos adversos o complicaciones inherentes al tratamiento elegido por las partes. Así como también se deslinda de responsabilidad a la misma en caso de contagio por el virus Sars-Cov-2