

## ESCLEROSIS LATERAL (E.L.A) RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

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

DNI: \_\_\_\_\_

Nº de Afiliado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  F  M  X

Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento Solicitado: \_\_\_\_\_

**Forma clínica:** Clásica  Lateral Primaria  Atrofia Muscular Progr.  Parálisis Bulbar Progr.

### Enfermedad Actual

Lenta, insidiosa y progresiva  Asimétrica

Regiones corporales afectadas: Bulbar  Cervical  Torácica  Lumbar

#### Presencia de Signos/Síntomas de:

Compromiso de la Motoneurona Inferior (MNI)

Debilidad muscular segmentaria  Hiporreflexia  Atrofia muscular  Fasciculaciones

Compromiso de la Motoneurona Superior (MNS)

Debilidad muscular segmentaria  Hiperreflexia/clonus  Hipertonia/Espastic.

Babinski/Hoffmann  Síntomas seudobululares

Disfunción Bulbar

Disfagia/Disartria/Hipofonía  Alteración reflejo nauseoso/mentoniano  otros

Compromiso Cognitivo, conductual y/o del comportamiento

#### Resultado de la Prueba de Fuerza Manual (Escala de Kendal/MRC):

Cuatro miembros \_\_\_\_\_

Tronco \_\_\_\_\_

Cuello \_\_\_\_\_

Presencia de algunos de los siguientes hallazgos clínicos:

Alteraciones sensitivas <input type="checkbox"/>	Alteraciones esfinterianas <input type="checkbox"/>	Disfunción autonómica <input type="checkbox"/>	Alter.visuales (tracto ant.) <input type="checkbox"/>	Paresia de músculos oculares <input type="checkbox"/>	Movimientos anormales (no fascic.) <input type="checkbox"/>
--	---	--	---	---	---

## ESCLEROSIS LATERAL (E.L.A) RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

### Diagnóstico.

**Criterios de Awaji-Shima:** marcar y resumir los principales resultados y tipos de estudios realizados para el diagnóstico de certeza. Adjuntar informes respectivos.

Clínicamente posible

Esclerosis Lateral (E.L.A) Resumen de Historia Clínica.

Clínicamente probable sustentada por laboratorio

Clínicamente probable

Clínicamente definida

**Exámenes complementarios:** Adjuntar copia de informes.

#### Neurofisiología:

Electromiograma (EMG): Valoración de criterios electrofisiológicos de compromiso de la MNI. Describir y detallar presencia/ausencia de signos de denervación, reinervación, pérdida de unidades motoras, otros por región evaluada:

Bulbar: \_\_\_\_\_

Cervical: \_\_\_\_\_

Torácica: \_\_\_\_\_

Lumbosacro: \_\_\_\_\_

#### Velocidad de Conducción Nerviosa (VCN):

Sensitiva: conservada  comprometida

Motora: conservada  comprometida

Descripción:

Otras técnicas electrofisiológicas solicitadas y principales resultados:

## ESCLEROSIS LATERAL (E.L.A) RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

Otros estudios respaldatorios y sus resultados (Funcional respiratorio, video deglución, otros):

### Tratamientos previos:

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

Tiempo de tratamiento: \_\_\_\_\_ Motivo de suspensión: \_\_\_\_\_

### Tratamiento Solicitado

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

Justificativo médico:

Tiempo esperado de tratamiento: \_\_\_\_\_ días  semanas  meses  años

Parámetros para evaluar respuesta terapéutica: \_\_\_\_\_

Criterios de suspensión del tratamiento: \_\_\_\_\_

Alternativa terapéutica: \_\_\_\_\_

Aclaraciones: la evaluación del tratamiento solicitado requiere de esta Planilla completa y copia de los informes de estudios respaldatorios, sin excepción. Acompañar con copia de consentimiento informado. Queda a criterio de Auditoría solicitar documentación adicional.

Tel. de Contacto del médico: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO Y MATRÍCULA