

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

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

N° 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 ☐ Hipertonía/Espastic. ☐Babinski/Hoffmann ☐ Síntomas pseudobulbares ☐Disfunción Bulbar ☐Disfagia/Disartria/Hipofonia ☐ 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	Alteraciones esfinterianas	Disfunción autonómica	Alter.visuales (tracto ant.)	Paresia de músculos oculares	Movimientos anormales (no fascic.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Auditoria solicitar documentación adicional.

Tel. de Contacto del médico: _____

Email: _____

FECHA

FIRMA Y SELLO Y MATRÍCULA