



Nº _____
PROTOCOLO* PARA INICIO DEL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MULTIPLE,
CON _____ **

HOJA DE FILIACION

1. DATOS DEL PACIENTE:

NUMERO DE LA S.S.: _____

Primer Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____, _____, _____

Segundo Apellido: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Cod. Postal: _____

FORMA CLINICA DE EM ^{***} ↗ remitente recidivante _____

Nº HISTORIA CLINICA: _____

↘ secundaria progresiva _____

2. NOMBRE DEL HOSPITAL: _____

Localidad:	Cod. Postal:	Tfno.:
Servicio/Unidad Asistencial:	Médico:	Colegiado Nº:

FIRMA DEL MEDICO
 QUE HACE LA PROPUESTA: _____ Fecha: _____, _____, _____

3. CONCLUSIONES: (Este recuadro deberá cumplimentarlo la Administración)

1 = Petición aceptada _____	2 = Petición denegada _____	Fecha: _____, _____, _____
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Motivos:

Observaciones:

EL COMITÉ ASESOR

* Para la valoración de este protocolo por el Comité Asesor, es necesario cumplimentar todos sus apartados, así como enviar conjuntamente el Consentimiento Informado.

** Especificar principio activo (tipo de Interferón, Acetato de glatiramero o Natalizumab).

*** Señalar con una cruz.



Nº _____

PROTOCOLO DE INICIO TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MULTIPLE CON _____*

Fecha de nacimiento: __, __, ____ Sexo masculino: ____ Sexo femenino: ____

Forma clínica de EM¹ ↗ remitente recidivante ____
↘ secundaria progresiva ____ En caso de precisarlo dispone de un cuidador: SI __ NO __

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Fecha del primer brote: _____ Año del diagnóstico: _____	¿Existe deterioro funcional progresivo sin relación con los brotes? SI ____ NO ____
Fecha del penúltimo brote: _____ Fecha del último brote: _____	EDSS de hace dos años: Medida ____ Estimada ____ No disponible ____
Número total de brotes comprobados en la exploración por el médico, en los 3 últimos años: _____	Puntuación de Sistemas Funcionales actuales: 1. Piramidal _____ 5. Función intestinal y Urinaria _____ 2. Cerebeloso _____ 6. Visual _____ 3. Tronco cerebral _____ 7. Mental _____ 4. Sensibilidad _____ 8. Otras funciones _____
Observaciones: _____ _____ _____ _____ _____	EDSS actual _____

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR

No realizada ____	Normal ____	Compatible con esclerosis múltiple ____	Otros ____	Fecha realización: __, __, ____
-------------------	-------------	---	------------	---------------------------------

DATOS ANALITICOS

Fecha de realización: __, __, ____

		VALOR	RANGO ^{2 3}
Hemoglobina (g/100ml)	AST (ui/l)	TSH	
Plaquetas/(mcl)	ALT (ui/l)	T4 libre	
Leucocitos/(mcl)	Creatinina (mg/dl) (mmol/l)	Test embarazo obligatorio antes del tratamiento. NO PROCEDE ____ MOTIVO _____	
	Bilirrubina (mg/dl)	POSITIVO ____	NEGATIVO ____

* Especificar principio activo (tipo de Interferón, Acetato de glatiramero o Natalizumab).

¹ Señalar con una cruz.

² Indicar rango de normalidad.

³ T4 libre, solo en caso de alteración de TSH.



Nº _____

SITUACIONES A REGISTRAR

	SI	NO		SI	NO
Demencia: :	___	___	Alcoholismo:	___	___
Drogadicción:	___	___	Neoplasias activas	___	___
Epilepsia grave refractaria:	___	___	Depresión grave y/o manifiesta ideación suicida:	___	___
Hipersensibilidad a:	___	___	Cardiopatía ¹ :	___	___
			Insuficiencia renal ¹ :	___	___
			Leucoencefalopatía multifocal progresiva ²	___	___
			Inmunosupresión ²	___	___
			Embarazo:	___	___
Interferón o a albúmina humana	___	___	Lactancia:	___	___
Acetato glatiramero o manitol	___	___			
Natalizumab o sus excipientes	___	___			

OTROS TRATAMIENTOS MEDICAMENTOSOS RECIBIDOS EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS

Tipo de medicación: *	Fecha inicio y final del tratamiento.	Motivo:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

* Indicar dosis especificando unidades (ui, mg, g...)

CUMPLIMENTAR PARA SOLICITUD DE NATALIZUMAB

	SI	NO
Fracaso de otros tratamientos inmunomoduladores.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar ³ (medicamento(s), duración, número de brotes y EDSS)		

	SI	NO
EM-RR agresiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar en Observaciones evolución clínica		
	SI	NO
Al menos nueve lesiones hiperintensas en T ₂ o al menos 1 captante de gadolinio en la Resonancia Magnética craneal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones		

----- 0 -----

¹ Cumplimentar en **Acetato de glatiramero**.

² Cumplimentar en caso de **Natalizumab**

³ En fracaso a tratamiento con Interferón Beta o Copaxone, autorizados por este Comité Asesor, enviar protocolo de seguimiento para solicitud de cambio a Natalizumab.