

N° _____
**PROCOLO* PARA INICIO DEL TRATAMIENTO DEL PRIMER BROTE DE 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: _____

Nº HISTORIA CLINICA: _____

2. **HOSPITAL:** _____ Dirección: _____

Localidad:	Provincia:	Cod. Postal:
Unidad Asistencial:	Médico:	Colegiado Nº:
Teléfono:	Correo electrónico:	

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.

Protocolo Nº _____

DATOS ANALITICOS

Fecha de realización: ____, ____, _____

		VALOR	RANGO ^{1 2}
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 _____

SITUACIONES A REGISTRAR

	SI	NO		SI	NO
Demencia:	___	___	Alcoholismo:	___	___
Drogadicción:	___	___	Neoplasias:	___	___
Epilepsia grave refractaria:	___	___	Depresión grave y/o manifiesta ideación suicida:	___	___
Hipersensibilidad a: Interferón o a albúmina humana	___	___	Embarazo:	___	___
			Lactancia:	___	___

OTROS TRATAMIENTOS MEDICAMENTOSOS RECIBIDOS EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS

Tipo de medicación: *	Duración: **	Motivo:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

** Fecha inicio y final del tratamiento.

¹ Indicar rango de normalidad.

² T4 libre, solo en caso de alteración de TSH.