

DATOS DEL PACIENTE AFILIADO N°: Plan:

APELLIDO Y NOMBRES: Sexo: M F

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI, LC,LE,CI, N°:

DOMICILIO:.....TELEFONO:

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD: NO SI N°:.....

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

FORMA CLINICA: RECAIDA-REMISION PRIMARIA PROGRESIVA SECUNDARIA PROGRESIVA

TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

FECHA DE LAS ÚLTIMAS RECAIDAS	DEFICIT	BAJO TRATAMIENTO	
		SI	NO

EDSS:

DEAMBULACIÓN:

NO DIFICULTAD USA BASTON
 LEVE DIFICULTAD USA SILLA D RUEDAS
 MODERADA DIFICULTAD NO DEAMBULA

VISIÓN:

NORMAL UNILATERAL
 ALTERADA BILATERAL
 AMAUROSIS

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (RMN):

1(una) LESION GADOLINIO CAPTANTE
 9 (nueve) HIPOTENSAS SI NO HAY CAPTACIÓN
 1(una) O MÁS LESIONES INFRATENTORIALES

1(una) O MÁS LESIONES YUXTACORTICALES
 3 (tres) O MÁS LESIONES PERIVENTRICULARES
 1(una) LESION EN LA MEDULA ESPINAL

FALLA TERAPEUTICA A INTERFERON BETA SI NO
 ENFERMEDAD GRAVE: SI NO

ENFERMEDAD MUY ACTIVA: SI NO
 EVOLUCION RAPIDA: SI NO

EVOLUCION	SI -NO	BAJO TRATAMIENTO	
		SI	NO
PRESENTO 2 O MAS EXACERBACIONES EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS:			
PRESENTO 2 O MAS BROTES EN EL ULTIMO AÑO:			
PRESENTO 1 O MAS LESIONES GRADO + :			
AUMENTO SIGNIFICATIVO DE LESIONES EN EL ULTIMO AÑO :			

MEDICACION PREVIA	DESDE - HASTA	EFFECTIVIDAD	EVENTOS ADVERSOS

CAMBIO DE MEDICACION: SI NO MOTIVO:

FALLA TERAPEUTICA A INTERFERON SI NO
 ENFERMEDAD GRAVE: SI NO

ENFERMEDAD MUY ACTIVA: SI NO
 EVOLUCION RAPIDA: SI NO

FARMACO: DOSIS: TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:.....

OTROS DATOS DE HISTORIA CLINICA:

.....

FECHA: / /

.....
 FIRMA MEDICO TRATANTE

.....
 FIRMA MEDICO AUDITOR