

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO DE EM

SCA <input type="checkbox"/>	FORMA RR <input type="checkbox"/>	FORMA SP <input type="checkbox"/>
IFN BETA 1 A IM <input type="checkbox"/>	IFN BETA 1B SC <input type="checkbox"/>	
IFN BETA 1A SC 22 x 3 <input type="checkbox"/>	ACETATO DE GLATIRAMERO <input type="checkbox"/>	
IFN BETA 1 A SC 44 x 3 <input type="checkbox"/>	DIMETILFUMARATO <input type="checkbox"/>	TERIFLUNOMIDA <input type="checkbox"/>
NATALIZUMAB <input type="checkbox"/>	FINGOLIMOD <input type="checkbox"/>	ALEMTUZUMAB <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA MARCHA:		FAMPRIDINA <input type="checkbox"/>

DATOS DE FILIACIÓN

PACIENTE	
APELLIDOS:	NOMBRE:
FECHA NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): / /	NUHSA:
SEXO: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:
LOCALIDAD:	CP: PROVINCIA:
Nº Historia clínica:	
NEURÓLOGO PRESCRIPTOR	
APELLIDOS Y NOMBRE:	CNP:
HOSPITAL:	CP:
TELÉFONO :	

Firma.....Fecha.....

CONCLUSIONES

(Este recuadro deberá ser cumplimentado por la Comisión Asesora)

1. Informe favorable <input type="checkbox"/>	2. Informe desfavorable <input type="checkbox"/>	Fecha:
---	--	--------

Motivos:

Observaciones:

La Coordinadora de la Comisión Asesora,

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO DE EM

CONTROL DE SEGUIMIENTO A LOS 6 MESES

SCA <input type="checkbox"/>	FORMA RR <input type="checkbox"/>	FORMA SP <input type="checkbox"/>
------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

IFN BETA 1 A IM <input type="checkbox"/>	IFN BETA 1B SC <input type="checkbox"/>	
IFN BETA 1A SC 22 x 3 <input type="checkbox"/>	ACETATO DE GLATIRAMERO <input type="checkbox"/>	
IFN BETA 1 A SC 44 x 3 <input type="checkbox"/>	DIMETILFUMARATO <input type="checkbox"/>	TERIFLUNOMIDA <input type="checkbox"/>
NATALIZUMAB <input type="checkbox"/>	FINGOLIMOD <input type="checkbox"/>	ALEMTUZUMAB <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA MARCHA:		FAMPRIDINA <input type="checkbox"/>

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

CORRECTO (más del 80% de dosis administradas)	INCORRECTO
Nº BROTES DEL PERIODO:	
Nº BROTES TRATADOS CON CORTICOIDES	
EDSS ACTUAL:	
EDSS DE HACE 6 MESES:	
EDSS DE HACE 12 MESES:	
(*)Velocidad de marcha basal:	Velocidad de marcha tras 2 semanas tratamiento:
ANALÍTICA	
FECHA:	
NORMAL <input type="checkbox"/>	ANORMAL (especificar datos) <input type="checkbox"/>

(*)Nota: A cumplimentar sólo para tratamientos con Fampridina. Se debe realizar una prueba cronometrada de la marcha tras dos semanas de iniciar el tratamiento. Si no se observa incremento >20% en la velocidad de marcha, suspender tratamiento.
 Velocidad de marcha basal (m/s) = 7,62 m/Resultado del Test de los 25 pies (s)

<p>¿EXISTE ALGUNA RAZON PARA INTERRUMPIR EL TTO? Especificar</p> <p>CONCLUSIONES DE LA COMISIÓN ASESORA:</p>

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO DE EM

CONTROL DE SEGUIMIENTO A LOS 12 MESES

SCA <input type="checkbox"/>	FORMA RR <input type="checkbox"/>	FORMA SP <input type="checkbox"/>
IFN BETA 1 A IM <input type="checkbox"/>	IFN BETA 1B SC <input type="checkbox"/>	
IFN BETA 1A SC 22 x 3 <input type="checkbox"/>	ACETATO DE GLATIRAMERO <input type="checkbox"/>	
IFN BETA 1 A SC 44 x 3 <input type="checkbox"/>	DIMETILFUMARATO <input type="checkbox"/>	TERIFLUNOMIDA <input type="checkbox"/>
NATALIZUMAB <input type="checkbox"/>	FINGOLIMOD <input type="checkbox"/>	ALEMTUZUMAB <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LA MARCHA:		FAMPRIDINA <input type="checkbox"/>

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

CORRECTO (más del 80% de dosis administradas)	INCORRECTO
Nº BROTES DEL PERIODO:	
Nº BROTES TRATADOS CON CORTICOIDES	
EDSS ACTUAL:	
EDSS DE HACE 6 MESES:	
EDSS DE HACE 12 MESES:	
(*)Velocidad de marcha basal:	Velocidad de marcha tras 2 semanas tratamiento:
ANALÍTICA	
FECHA:	
NORMAL <input type="checkbox"/>	ANORMAL (especificar datos) <input type="checkbox"/>

(*)Nota: A cumplimentar sólo para tratamientos con Fampridina. Se debe realizar una prueba cronometrada de la marcha tras dos semanas de iniciar el tratamiento. Si no se observa incremento >20% en la velocidad de marcha, suspender tratamiento.

Velocidad de marcha basal (m/s) = 7,62 m/Resultado del Test de los 25 pies (s)

<p>¿EXISTE ALGUNA RAZON PARA INTERRUMPIR EL TTO? Especificar</p> <p>CONCLUSIONES DE LA COMISIÓN ASESORA:</p>
