

PROTOCOLO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Fecha:/...../.....

Datos personales

Apellido y Nombre:

Mail: Tel.: Cel:

DNI: Edad:

Diagnóstico CIE 10

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Código Descripción

--	--

Diagnóstico y Forma Clínica según criterio de McDonald

Forma remitente Recidivante

Forma secundaria Progresiva clínicamente activa

Otras (detallar)

Clasificación funcional según escala de Kurtzke

EDSS (al inicio del tratamiento) _____

EDSS (actual) _____

Resonancia Magnética Nuclear (RMN)

1 (una) lesión Gadolinio Captante <input type="checkbox"/>	1 (una) o más lesiones yuxtacorticales <input type="checkbox"/>
9 (nueve) hipotensas si no hay captación <input type="checkbox"/>	3 (tres) o más lesiones periventriculares <input type="checkbox"/>
1 (una) o más lesiones infratentoriales <input type="checkbox"/>	Lesión en médula espinal <input type="checkbox"/>

Evolución:

Presentó 2 o más exacerbaciones en los dos últimos años: Si No

Con el tratamiento:

Presentó aumento en el número de recaídas al 2do año de tratamiento:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Aumentó el número de recaídas sin remisión total:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Aumento > 1 punto EDSS en un año:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Aumentó el consumo de medicación sintomática:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Aumentó el número de lesiones Gadolinio Cantantes en RMN	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Tratamiento indicado

Fundamento	Droga	Dosis / Frecuencia
1) Pacientes que han experimentado un primer episodio clínico bien definido de Esclerosis Múltiple (EM) o un síndrome clínico aislado sugestivo de EM, y están considerados como de alto riesgo para el desarrollo de EM clínicamente definida 2) Pacientes con EM remitente y recurrente (EMRR) para reducir la frecuencia de recaídas.	COPOLÍMERO (GLATIRAMER ACETATO)	
Según los siguientes criterios: Forma remitente recurrente muy activa para los siguientes grupos de pacientes: a) Pacientes con elevada actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento con un interferón beta; b) Pacientes con Esclerosis Múltiple remitente recurrente grave de evolución rápida definida por 2 o más brotes discapacitantes en un año, y con 1 o más lesiones realizadas con gadolinio en la RM craneal o un incremento significativo de la carga lesional en T2 en comparación con una RM anterior reciente.	FINGOLIMOD	
Según los siguientes criterios: a) Forma remitente recidivante. b) Pacientes con un único acontecimiento desmielinizante con un proceso inflamatorio activo, si es lo bastante grave como para justificar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos, si se han excluido diagnósticos alternativos y si resultan tener un riesgo elevado para el desarrollo de esclerosis múltiple definida clínicamente.	INTERFERÓN BETA 1A	
Según los siguientes criterios: 1) Forma remitente recidivante y dos o más recaídas en los dos últimos años 2) Forma secundaria progresiva clínicamente activa 3) Pacientes con un único acontecimiento desmielinizante con un proceso inflamatorio activo, si es lo bastante grave como para justificar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos, si se han excluido diagnósticos alternativos y si resultan tener un riesgo elevado para el desarrollo de esclerosis múltiple definida clínicamente.	INTERFERÓN BETA 1B	
Forma remitente recidivante y dos o más recaídas en los dos últimos años.	TERIFLUNOMIDA	
Pacientes con enfermedad muy activa a pesar de haber recibido un tratamiento completo y adecuado con al menos un tratamiento modificador de la enfermedad, o pacientes con esclerosis múltiple remitente recidivante grave de evolución rápida definida por 2 o más brotes discapacitantes en un año, y con 1 o más lesiones realizadas con gadolinio en la RM craneal o un incremento significativo de la carga lesional en T2 en comparación con una RM anterior reciente.	NATALIZUMAB	
Tratamiento de pacientes adultos con esclerosis múltiple remitente-recurrente	DIMETILFUMARATO	
Según los siguientes criterios: a) Forma remitente recidivante. b) Pacientes con un único acontecimiento desmielinizante con un proceso inflamatorio activo, si es lo bastante grave como para justificar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos, si se han excluido diagnósticos alternativos y si resultan tener un riesgo elevado para el desarrollo de esclerosis múltiple definida clínicamente.	PEGINTERFERON BETA 1A	
Esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) con enfermedad activa definida por manifestaciones clínicas o detectadas por RMN.	ALEMTUZUMAB*	
Pacientes adultos con esclerosis múltiple recurrente muy activa definida mediante características clínicas o de imagen.	CLADRIBIBE*	

*Se deberá presentar un informe detallado del caso, con la justificación clínica correspondiente. Se solicita de manera trimestral información de seguridad de eventos adversos, la cual es requerida por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Médico Solicitante

Apellido y Nombre: _____ Matrícula nacional: N° _____

Mail: _____ Matrícula provincial: N° _____

Tel.: _____ Cel.: _____ Firma y Sello:

INSTRUCTIVO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

INICIO

- Prescripción médica de la medicación **en original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Protocolo Esclerosis Múltiple, en original y completo en todos los campos.
- Copia de informe de estudios de diagnóstico: Informe de Resonancia, Potenciales Evocados, Líquido Cefalorraquídeo (en caso de no haberlo realizado, nota del médico tratante explicando porque no fue necesario para arribar al diagnóstico), laboratorio completo con hepatograma.
- Consentimiento informado.

SEMESTRAL (Enero y Julio)

- Protocolo Esclerosis Múltiple, en original y completo en todos los campos.
- Copia de informe de Resonancia (se solicita una anual).

CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO O AUMENTO DE DOSIS

- Prescripción médica de la medicación **en original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Protocolo Esclerosis Múltiple, en original y completo en todos los campos.
- Copia de informe de estudios de diagnóstico: Informe de Resonancia, Potenciales Evocados, Líquido Cefalorraquídeo (en caso de no haberlo realizado, nota del médico tratante explicando porque no fue necesario para arribar al diagnóstico), laboratorio completo con hepatograma.
- Consentimiento informado.

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.
Trámite sujeto a Auditoría Médica.**