

# PROTOCOLO ESCLEROSIS MÚLTIPLE

VIGENCIA **ABRIL 2023**

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

1 de 2

## DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: .....

Mail: ..... Tel: .....

DNI: ..... Edad: .....

## DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico: ...../...../.....

Esclerosis múltiple remitente-recurrente

Esclerosis múltiple progresiva primaria

Otros: \_\_\_\_\_

## FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO

Al menos dos ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de al menos dos lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de Historia Clínica razonable de un ataque previo.

Al menos dos ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión. Se necesita demostrar diseminación en espacio (DIS), por al menos una lesión sintomática o asintomática típica de EM en T2 como mínimo en dos áreas típicas del SNC: periventricular, yuxtacortical, médula espinal o infratentorial o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC.

Un ataque clínico:

Evidencia clínica objetiva de al menos dos lesiones.

Diseminación en tiempo (DIT) mediante la presencia de lesiones sintomáticas o asintomáticas gadolinio (Gd) positivas y no Gd positivos simultáneas.

Nueva lesión en T2 ó Gd positiva en el seguimiento por RMN, en comparación con la RMN basal (independientemente del tiempo transcurrido del estudio basal).

Espera de un segundo ataque clínico.

Bandas Oligoclonales en LCR (negativas en suero).

Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado). Se necesita demostrar DIT y DIS descritos anteriormente.

Progresión neurológica insidiosa sugestiva de EM.

Presenta un año de progresión de la discapacidad (prospectivo o retrospectivo)

Con al menos una lesión, sintomática o asintomática típica de EM en T2: periventricular, yuxtacortical, médula espinal o infratentorial

Con dos o más lesiones en médula espinal o bandas oligoclonales en LCR (negativas en suero).

Presencia de un síndrome clínicamente aislado típico y una demostración clínica o de RM de diseminación en el espacio, la presencia de bandas oligoclonales específicas de LCR y negativas en el suero.

Firma y Sello:



# INSTRUCTIVO 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

- Protocolo esclerosis múltiple original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica.
- Prescripción médica de la medicación en original/copia. 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.
- Copia de informe de estudios de diagnóstico: informe de resonancia cerebro medular, potenciales evocados, líquido cefalorraquídeo (en caso de no haber realizado, nota del profesional tratante indicando porque no fue necesario para arribar al diagnóstico), laboratorio completo en el que se descarten otras causas clínicas.
- Consentimiento informado.

## PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo esclerosis múltiple original completo en todos los campos.
- Actualización de RMN (no mayor al año de antigüedad)
- Consentimiento informado.

## CAMBIO DE TRATAMIENTO

- Protocolo esclerosis múltiple original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica.
- Prescripción médica de la medicación en original/copia. 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.
- Actualización de RMN (no mayor al año de antigüedad).
- Consentimiento informado.

**No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.  
La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.**

Nombre y Apellido o SIGLA: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Mail de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Nombre completo del paciente o Sigla

.....

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

.....

DNI .....

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

MEDICACIÓN: \_\_\_\_\_

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día ..... de ..... de ....., en la Ciudad de ....., Provincia de .....

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico  
Responsable

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Tipo y N° de Matrícula

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración / Sigla

\_\_\_\_\_  
D.N.I.