**PROTOCOLO N**°

**PROTOCOLO\* DE INICIO DE TRATAMIENTO DE BROTE ÚNICO DESMIELINIZANTE DEL SNC**

**CON (1)**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **HOJA DE FILIACIÓN** |

**1. DATOS DEL PACIENTE**

Primer apellido:

Segundo apellido: Nº Seguridad Social:

Nombre:  Teléfono:

Dirección:

Localidad:  Provincia:  Código Postal:

**NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:**

**2. HOSPITAL :**     Dirección**:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Localidad: | Provincia: | Cod. Postal: |
| Unidad Asistencial: | Médico: | Colegiado nº: |
|  |  |  |
| Teléfono: | Correo electrónico: |  |
|  |  |  |

FIRMA DEL MÉDICO

QUE HACE LA PROPUESTA: Fecha:  /  /

**3. CONCLUSIONES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 = Petición aceptada | 2 = Petición denegada | Fecha:  /  / |
| Motivos: | | |
|  | | |
| Observaciones: | | |
|  | | |

* \* Para la valoración de este Protocolo por la Comisión Asesora, es necesario cumplimentar todos sus apartados, así como enviar conjuntamente el Consentimiento informado.
* **(1)** **Especificar principio activo, dosis y vía de administración**.

**PROTOCOLO N**°

Fecha de nacimiento:  /  /  Sexo masculino:  Sexo femenino:

**HISTORIA DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha del primer brote:  /  / | Puntuación Actual de Sistemas Funcionales: | |
| Marcar localización:  - Nervio óptico  - Tronco-cerebelo  - Medular |  | |
| 1. Piramidal | 5. Función intestinal y urinaria |
| 2. Cerebeloso | 6. Visual |
| 3. Tronco cerebral | 7. Mental |
| 4. Sensibilidad | 8. Otras funciones: |
| Observaciones: |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **EDSS actual:** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SÍ** | **NO (\*\*)** |
| **Tratamiento con esteroides** |  |  |
| **a)** **Afectación multifocal** |  |  |
| * Criterios de RM según Barkhof**(\*)** |  |  |
| **b)** **Afectación monofocal** |  |  |
| * Criterios de diseminación en el espacio: |  |  |
| * RM según Barkhof (\*) y/o McDonald (\*) |  |  |
| * Síntesis intratecal de IgG y > 2 lesiones en T2 |  |  |

|  |
| --- |
| **Observaciones** |
|  |

**(\*)** Rellenar información de la RM (página siguiente).

**(\*\*)** Justificar en **Observaciones** el NO tratamiento con esteroides.

**DATOS NEURORRADIOLÓGICOS. Resonancias magnéticas**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha:  /  / | Observaciones: |
| Número **Total** de lesiones hiperintensas en T2 compatibles con desmielinización:   * Periventriculares * Infratentoriales * Yuxtacorticales * Medulares   Número de lesiones en T1 que se refuerzan con gadolinio y localización: |  |

**DATOS ANALÍTICOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de realización:  /  / | | **VALOR** | | **RANGO 1** |
| Hemoglobina (g/100 ml) | AST (ui/l) | TSH | |  |
| Plaquetas / mcl | ALT (ui/l) | T4 Libre2 | |  |
| Leucocitos / mcl | Creatinina (mg/dl, mmol/l) | Test embarazo obligatorio antes del tratamiento: | | |
|  |  | NO PROCEDE | MOTIVO: | |
|  | Bilirrubina (mg/dl) | POSITIVO | NEGATIVO | |

**SITUACIONES A REGISTRAR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SÍ** | **NO** |  | **SÍ** | **NO** |
| Demencia: |  |  | Alcoholismo: |  |  |
| Drogadicción: |  |  | Neoplasias: |  |  |
| Epilepsia grave refractaria |  |  | Depresión grave y/o manifiesta ideación suicida: |  |  |
| Hipersensibilidad a: |  |  | Embarazo: |  |  |
| - Interferón o albúmina  - Acetato glatiramero o manitol  - Natalizumab o sus excipientes |  |  | Lactancia: |  |  |

**OTROS MEDICAMENTOS RECIBIDOS EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medicación: **(\*)** | Fecha inicio y final del tto    /  /     -   /  /    /  /     -   /  /    /  /     -   /  / | Motivo: |

(\*) **Indicar medicamento con dosis (UI, mg, g…) y pauta.**

1 Indicar rango de normalidad.

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