**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.