**PROTOCOLO N**°  Seguimiento del       año.1

**PROTOCOLO\* DE SEGUIMIENTO ANUAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS**

**MÚLTIPLE O BROTE ÚNICO DESMIELINIZANTE DEL SNC CON (1)**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| NO:  **Cambio de tratamiento**  SÍ: Se cambia a **(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** (este recuadro deberá cumplimentarlo la Administración)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 Periodo a que corresponde este seguimiento (según hoja 2).

**(1) Indicar principio activo y vía de administración.**

**PROTOCOLO N**°

**RESUMEN DEL SEGUIMIENTO CLÍNICO**

|  |
| --- |
|  |

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

Brote único desmielinizante del SNC:

FORMA CLÍNICAEM Remitente Recidivante:

EM Secundaria Progresiva:

**HISTORIA DE LA ENFERMEDAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Fecha 1** | **EDSS** | **N°** **Brotes2** | **Fármaco utilizado\*\*** | **C3** | **R4** | Motivo5 | | | | | **Observaciones6** |
|  |  |  |  |  |  |  | **a** | **b** | **c** | **d** | **e** |  |
| **INICIO DEL TRATAMIENTO** | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SEGUIMIENTOS:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 MESES | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 MESES (1º AÑO) | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3º AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21° AÑO | // |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*\* Indicar principio activo, dosis y vía de administración del medicamento utilizado.

1 Fecha revisión del paciente.

2 Número de brotes desde la revisión previa, en el inicio del tratamiento indicar Nº brotes en los 3 años previos al inicio tratamiento.

3 Cambio de fármaco (señalar con X).

4 Retirada del fármaco (señalar con X).

5 Señalar con X el motivo en el supuesto de cambio o retirada:

a. Ineficacia. b. Efectos adversos.

c. Evolución a fase progresiva. d. Paciente Presenta Anticuerpos Virus JC

e.Otros

**CAMBIO A NATALIZUMAB \***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SÍ** | **NO** |
| - Ineficacia del tratamiento inmunomodulador |  |  |
| - Recidiva durante el año previo |  |  |
| - Al menos 9 lesiones hiperintensas en T2 ó 1 lesión que capta gadolinio |  |  |
| - Inmunosupresión |  |  |
| - Leucoencefalopatía multifocal progresiva |  |  |
| - **Observaciones:** |  |  |
|  |  |  |