

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha Nac. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Beneficiario N°: \_\_\_\_\_ Expediente N° \_\_\_\_\_

**ACTUALIZACIÓN RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (CADA 6 MESES)**

Informe sobre evolución, fundamentando la continuidad de la prescripción o el cambio hacia otra molécula, sobre la base de los parámetros de valoración de resultados establecidos al inicio del tratamiento. Incluir examen neurológico.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**• BROTES DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Puntaje escala de Kurtzke (EDSS) \_\_\_\_\_

**FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN \***

Droga	Dosis	Cant. envases x mes

\* Monodroga     SÍ     NO    Asociada con: \_\_\_\_\_

Estudios complementarios (adjuntar informes)	Fecha
Resonancia magnética cerebral y espinal	
Otros (especificar)	

*Solo en caso de haberse realizado nuevos estudios de control para documentar evolución.*

\_\_\_\_\_    LUGAR    \_\_\_\_\_    Tel: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_    FECHA    \_\_\_\_\_    Fax: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_    FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA    \_\_\_\_\_    Mail: \_\_\_\_\_

*NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.*