

**MEDICAMENTOS PARA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA**

Nombre y Apellido	Fecha Nac. / /
Beneficiario N°	Expediente N°

<b>RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA</b>	
Fecha de inicio de la enfermedad	/ /
Forma clínica:	
Criterios del escorial (detalle en hoja aparte)	
Cuadro neurológico actual:	

Estudios complementarios (adjuntar informes)		
	Fecha	Periodicidad
EMG		<b>Según evolución</b>
RMN de columna cervical y lumbo-sacra		Única vez
Videodeglución		Única vez
Espirometría		<b>Cada 6 meses</b>
Escala de valoración funcional (ALSFRS-R)		<b>Ante cada renovación</b>
Hemograma		Única vez
ESD		Única vez
Dosaje vit. B 12		Única vez
Dosaje ác. fólico		Única vez
TSH		Única vez
VDRL		Única vez
Test de B24		Única vez
Proteinograma		Única vez

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL			
Droga	Dosis	Droga	Dosis

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *			
Droga	Presentación	Dosis	Cantidad envases/ mes
* Monodroga SÍ / NO Asociada con:			

Tel.	
Fax	
Mail	

Lugar y fecha

Firma y sello del médico neurólogo