

### Formulario <sup>(13)</sup>: ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Nombre y Apellido	
Beneficiario N°	Fecha Nac. / /

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA			
Fecha de inicio de la enfermedad	/	/	
Forma clínica:			
Detalle de brotes previos			
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Síntomas de comienzo:			
Examen neurológico actual:			
Puntaje escala de Kurtzke (EDSS)			

Estudios complementarios (adjuntar informes)	Fecha
Resonancia magnética cerebral y espinal	
Potenciales evocados (optativo)	

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS			
Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

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

Lugar y fecha

Firma y sello del médico especialista

Tel.	
Fax	
Mail	

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