

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – ESCLEROSIS MÚLTIPLE

NOMBRE Y APELLIDO: _____

SOCIO N°: _____

DNI: _____

EDAD: _____

SEXO: F M CATEGORÍA: OBLIGATORIO VOLUNTARIO MONOTRIBUTO JUBILADO **DIAGNÓSTICO**

DESCRIPCIÓN DIAG. 1 (CIE 10 optativo): _____

DESCRIPCIÓN DIAG. 2 (CIE 10 optativo): _____

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD

FECHA DE COMIENZO: ____ / ____ / ____

EDSS AL INICIO: _____

CUADRO DE PRESENTACIÓN: _____

ESTADO ACTUAL

PESO: _____

TALLA: _____

SUP. CORP.: _____

EDSS ACTUAL: _____

DESCRIPCIÓN (forma clínica, estado funcional, complicaciones, comorbilidades): _____

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (efectuados para arribar al diagnóstico de certeza - marcar los realizados y adjuntar copias):

RMN Cerebro: RMN de Columna: LCR Ig G: Prot. Totales: Relación IgG / Prot. Totales:

Adjuntar copias de estudios e informes

FUNDAMENTO TERAPÉUTICO (fundamentación médica del uso de la medicación específica. Principio activo Ley 25.649) _____

MEDICACIÓN	DOSIS	DESDE	HASTA	RESPUESTA
		___/___/___	___/___/___	
		___/___/___	___/___/___	
		___/___/___	___/___/___	
		___/___/___	___/___/___	

TRATAMIENTO

INICIO TRATAMIENTO: ___/___/___ NOMBRE INSTITUCIÓN o MÉDICO: _____

DOMICILIO DONDE REALIZARÁ EL TRATAMIENTO: _____

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorización para recibir tratamiento con medicamentos

Droga _____

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente, yo _____

DNI _____, o mi tutor o representante legal _____

DNI _____ otorgo el consentimiento para ser asistido/a sea asistido/a (tachar lo que no corresponda) en _____

bajo la atención profesional de Dr. _____

He sido informado/a en forma clara, precisa y adecuada acerca de mi estado actual (diagnóstico de enfermedad actual)

También ha sido informado de los beneficios de la medicación propuesta (detallar)

Me han sido comunicados los riesgos significativos, molestias, reacciones adversas y secuelas por el uso de la misma (detallar).

Se han explicado/a los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación a la medicación propuesta. Dichas alternativas son

Por último ha sido informado/a de las consecuencias previsibles de la no realización del tratamiento propuesto o de las alternativas que son

