

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

PROTOCOLO PARA APROBACIÓN DE TRATAMIENTO

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

POR FAVOR, COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA CLARA CON TINTA AZUL O NEGRA

EDAD	SEXO
DNI	AFILIADO
DIAGNÓSTICO (Marcar el que corresponda de los siguientes)	
<p>ELA clínicamente definida: Signos de motoneurona superior¹ e inferior² en tres regiones*.</p> <p>ELA apoyada por laboratorio: Signos de motoneurona superior e inferior en una región <u>más</u> estudio genético con mutación patogénica.</p> <p>ELA clínicamente probable: Signos de motoneurona superior e inferior en dos regiones, <u>más</u> algún signo de motoneurona superior rostral a los signos de motoneurona inferior.</p> <p>ELA clínicamente probable (apoyada por laboratorio): Signos de motoneurona superior e inferior en una región, o signos de motoneurona superior en una o más regiones, <u>más</u> electromiograma con signos de compromiso de motoneurona inferior³ en 2 o más regiones con estudios de imágenes y de laboratorio que excluyan otras causas del cuadro.</p> <p>ELA clínicamente posible: Signos de motoneurona superior e inferior en una región, <u>ó</u> signos de motoneurona superior en 2 o más regiones, <u>ó</u> signos de motoneurona superior e inferior en dos regiones sin signos de motoneurona superior rostrales a los mismos.</p>	
FECHA DEL DIAGNÓSTICO	

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

MARCAR SI HAY PRESENCIA DE ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES AL INICIO DE LA ENFERMEDAD		
Compromiso sensitivo	SI	NO
Compromiso esfinteriano	SI	NO
Compromiso visual	SI	NO
Compromiso autonómico	SI	NO
Disfunción de ganglios basales	SI	NO
Demencia de tipo Alzheimer	SI	NO

DATOS DE LABORATORIO	
Hemograma:	
Eritrosedimentación:	
Proteína C reactiva:	
Hepatograma:	
LDH:	
T3 y T4 libres:	
TSH:	
Dosaje vitamina B12:	Dosaje ácido fólico:

ESTUDIOS DE IMÁGENES (Puede adjuntar copia del informe)
Electromiograma (Fecha:):

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

RMN de encéfalo y de columna cervical torácica y lumbosacra (Fecha:):
Rx de Tórax (Fecha:):
Estudio genético en los casos que se presentan como enfermedad pura de Motoneurona Inferior (Enfermedad de Kennedy, Atrofia Espinal Bulbar ligada al cromosoma X y Atrofia Espinal Muscular):
OTROS:

SEGUIMIENTO

Presencia de síntomas respiratorios y/o digestivos (Aclarar):
Peso (evolución):
Evaluación respiratoria (Espirometría, Saturometría nocturna, presión nasal):
Hepatograma y control coagulación (Se recomienda mensual los 1º 3 meses de tratamiento con riluzol, luego trimestral)

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

TRATAMIENTO PROPUESTO

DROGA

DOSIS

VIA DE ADMINISTRACIÓN

FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN

--

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

--

Médico tratante (Firma y sello)

--

Teléfono de contacto:

--

RESERVADO PARA AUDITORIA

SE RECOMIENDA AUTORIZAR: SI NO
 Marcar el que corresponda

JUSTIFICACIÓN DE LA NEGATIVA:

APELLIDO Y NOMBRE

FECHA

DNI

Médico interviniente (Firma y sello)