



Obra Social del Personal de Seguridad Comercial
Industrial e Investigaciones Privadas
Rnos 1-1970-8

SOLICITUD MEDICAMENTOS – ESCLEROSIS MULTIPLE

Fecha: ____ / ____ / ____

NOMBRE Y APELLIDO:

N° DE BENEFICIARIO:

DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO Y N°

FECHA DE NACIMIENTO:

Edad:

SEXO: F / M

Fecha del diagnóstico: / /

Forma Clínica:

Recaída/Remisión

Primaria Progresiva

Secundaria Progresiva

Fecha de Ultimas recaídas	Déficit	Bajo Tratamiento	
		SI	NO

EDSS:

DEAMBULACION			
NO DIFICULTAD	<input type="checkbox"/>	USA BASTON	<input type="checkbox"/>
LEVE DIFICULTAD	<input type="checkbox"/>	USA SILLA DE RUEDAS	<input type="checkbox"/>
MODERADA DIFICULTAD	<input type="checkbox"/>	NO DEAMBULA	<input type="checkbox"/>

VISION			
NORMAL	<input type="checkbox"/>	UNILATERAL	<input type="checkbox"/>
ALTERADA	<input type="checkbox"/>	BILATERAL	<input type="checkbox"/>
AMAUSIS	<input type="checkbox"/>		

RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR (RMN)

1 (Una) LESION GADOLINEO CAPTANTE
9 (Nueve) HIPOTENSAS SI NO HAY CAPTACION
1 (Una) O MAS LESIONAES INFRATENTORIALES

1 (Una) O MAS LESIONES YUXTACORICALES
3 (Tres) O MAS LESIONES PERIVENTRICULARES
1 (Una) LESION EN LA MEDULA ESPINAL

FALLA TERAPEUTICA A INTERFERON BETA SI NO
ENFERMEDAD GRAVE SI NO

ENFERMEDAD MUY ACTIVA SI NO
EVOLUCION RAPIDA SI NO

Evolución	SI-NO	Bajo Tratamiento	
		SI	NO
Presentó 2 o más exacerbaciones en los últimos 2 años			
Presentó 2 o más brotes en el último año			
Presentó 2 o más lesiones grado +			
Aumento significativo de lesiones en el último año			

TRATAMIENTOS PREVIOS

MEDICACION PREVIA	DESDE-HASTA	EFFECTIVIDAD	EVENTOS ADVERSOS



Obra Social del Personal de Seguridad Comercial
Industrial e Investigaciones Privadas
Rnos 1-1970-8

MEDICACION SOLICITADA

1) Medicamento 1

Genérico:	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle el tiempo que lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado:

Fecha de inicio:Tiempo:

Respuesta:

2) Medicamento 2

Genérico:	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle el tiempo que lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado:

Fecha de inicio:Tiempo:

Respuesta:

3) Medicamento 3

Genérico:	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle el tiempo que lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado:

Fecha de inicio:Tiempo:

Respuesta:

SI SE TRATA DE CAMBIO DE MEDICACION ESPECIFIQUE LOS MOTIVOS:

FALLA TERAPEUTICA A INTERFERON BETA
ENFERMEDAD GRAVE

SI SI
NO NO

ENFERMEDAD MUY ACTIVA
EVOLUCION RAPIDA

SI SI
NO NO

OTROS MOTIVOS:

.....
Firma, sello y Matrícula Médico tratante

.....
Firma y sello Auditor Médico