



– ESCLEROSE MÚLTIPLA –
NORMAS PARA SUBSTITUIÇÃO MEDICAMENTOSA POR FALHA TERAPÊUTICA

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Data do diagnóstico: ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____

Data do último surto: ____/____/____

Medicamento Solicitado: _____

TIPO:	() Remitente-recorrente	() Primariamente progressiva	() Secundariamente progressiva
	() Progressiva recorrente	() Pseudosurtos	() CIS

Medicamentos em Uso	Período de Uso (mês/ano)
() β-interferona 1A	/ a /
() β-interferona 1B	/ a /
() Glatirâmer	/ a /
() Fumarato dimetila	/ a /
() Natalizumabe	/ a /
() Teriflunomida	/ a /
() Azatioprina	/ a /
() Metilprednisolona	/ a /

Outros Medicamentos:	Período de uso:

Data do 1º surto INDICATIVO DE FALHA DA TERAPÊUTICA VIGENTE: ____/____/____	
Manifestações Clínicas do Surto:	() Função Intestinal () Função Mental () Funções Piramidais () Funções Tronco-cerebrais () Outras: () Função Vesical () Função Visual () Funções Cerebelares () Funções Sensitivas
Data do 2º surto INDICATIVO DE FALHA DA TERAPÊUTICA VIGENTE: ____/____/____	
Manifestações Clínicas do Surto:	() Função Intestinal () Função Mental () Funções Piramidais () Funções Tronco-cerebrais () Outras: () Função Vesical () Função Visual () Funções Cerebelares () Funções Sensitivas
Data do 3º surto INDICATIVO DE FALHA DA TERAPÊUTICA VIGENTE: ____/____/____	
Manifestações Clínicas do Surto:	() Função Intestinal () Função Mental () Funções Piramidais () Funções Tronco-cerebrais () Outras: () Função Vesical () Função Visual () Funções Cerebelares () Funções Sensitivas
Outros surtos:	
Data: ____/____/____	() Função Intestinal () Função Mental
Manifestações Clínicas do Surto:	() Funções Tronco-cerebrais () Outras: () Funções Piramidais () Função Visual () Função Vesical () Funções Sensitivas () Funções Cerebelares
Data: ____/____/____	() Função Intestinal () Função Mental
Manifestações Clínicas do Surto:	() Funções Tronco-cerebrais () Outras: () Funções Piramidais () Função Visual () Função Vesical () Funções Sensitivas () Funções Cerebelares
EDSS ANTERIOR:	EDSS ATUAL:
Observações:	

Assinatura e carimbo do médico solicitante:

Data: ____/____/____