– 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 /
( ) Cladribina	/ 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:** ___/ /_____