

Codi assignat a la sol·licitud

Metge/essa especialista que fa la sol·licitud

Núm de col·legiat/ada*

Centre sanitari

Codi

Servei / Unitat del centre sanitari

Sol·licitud d'inici de tractament de l'esclerosi múltiple remitent i recidivant amb Natalizumab

1. Dades personals del pacient

Cognoms

Nom

Data de naixement

_____|_____|_____|

Sexe

masculí femení

Població habitual de residència

Codi d'identificació personal (CIP)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Núm. d'història clínica

_____|_____|_____|_____|_____|_____|

2. Tipus de sol·licitud

- Esclerosi múltiple remitent i recidivant en la que s'ha produït un fracàs terapèutic
 Esclerosi múltiple remitent i recidivant greu d'evolució ràpida

3. Medicament que ha pres fins ara

Medicament	Període de tractament	
	De:	a:
<input type="checkbox"/> interferó beta-1b subcutani	_____ _____ _____	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> interferó beta-1a intramuscular	_____ _____ _____	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> interferó beta-1a subcutani (22 µg)	_____ _____ _____	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Interferó beta-1a subcutani (44 mg)	_____ _____ _____	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> acetat de galatiramer	_____ _____ _____	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> altres fàrmacs immunosupresors	_____ _____ _____	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/> cap d'aquests	_____ _____ _____	_____ _____ _____

4. Història de la malaltia

Any del diagnòstic

_____|_____|_____|

EDSS actual

_____|_____|,_____|

EDSS de fa un any

_____|_____|,_____|

EDSS de fa 2 anys

_____|_____|,_____|

Nombre total de brots objectius

Data del primer brot

_____|_____|_____|

Data del penúltim brot

_____|_____|_____|

Data de l'últim brot

_____|_____|_____|

Nombre total de brots durant:

els últims tres anys _____

els últims dos anys _____

l'últim any _____

Observacions

5. Ressonància magnètica nuclear inicial

Data de realització 9 o més lesions hiperintenses en T2
 La RM compleix criteris de Barkoff: Sí No

6. Dades d'una segona Ressonància magnètica nuclear

RM realitzada en els tres mesos previs al inici del tractament amb Natalizumab: Sí No Data de realització _____
 Existeixen 2 o més noves lesions en T2 en comparació RM realitzada en el darrer any? Sí No
 Existeixen noves lesions que captin gadolini en comparació RM realitzada en el darrer any? Sí No Quantes? _____

7. Dades analítiques¹

Data de realització _____

hemoglobina (g/l)	plaquetes (x 10 ⁹ /l)
leucòcits (x 10 ⁹ /l)	creatinina (mg/100 ml)
limfòcits (x 10 ⁹ /l)	AST (UI/l)
test d'embaràs: negatiu no escau	ALT (UI/l)
	bilirrubina (mg/dl)

8. Situacions que cal enregistrar

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no demència | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP) |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no alcoholisme | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no hipersensibilitat al Natalizumab o algun dels seus excipients |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no embaràs i/o lactància | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no combinació amb interferons o acetat de glatiramer |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no drogoaddicció | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no immunosupresió a criteri mèdic |
| <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no neoplàsies | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Ha pres tractament immunosupresor durant els últims sis mesos |

Signatura del metge

Data

Conclusions (les empena l'Administració)

Informe favorable

 sí no

Motius/observacions

Signatura dels membres del Consell assessor sobre el tractament farmacològic de l'esclerosi múltiple

Data

¹Si utilitzeu unes altres unitats, especifiqueu-les.¹Indiqueu la dosi especificant-ne les unitats (UI, mg, g...).