

3.6 Situacions que cal registrar

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | demència | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | sospita de l'existència de leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP) |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | alcoholisme | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | combinació amb interferons o acetat de glatiramer |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | embaràs i/o lactància | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | hipersensibilitat al Natalizumab o algun dels seus excipients |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | drogoaddicció | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | immunosupressió a criteri mèdic |
| <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | neoplàsies | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sí | existència d'anticossos neutralitzants |

3.7 Altres tractaments farmacològics des de l'última renovació o de l'inici del tractament

Medicament	Dosi diària ³	Data inici	Data final	Motiu
.....
.....
.....
.....

Signatura del metge

Data

Conclusions (les emplena l'Administració)

Informe favorable

Motius/observacions

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

Data

¹ Vegeu les categories i els graus en l'escala de toxicitat clínica.

² Caldrà que conserveu una mostra de sèrum per tal de fer la determinació d'anticossos antiinterferó beta-1b en el cas que sigui necessari.

³ Indiqueu la dosi especificant-ne les unitats (UI, mg, g...).