

## ESCLEROSIS MÚLTIPLE:

1. Formulario "ESCLEROSIS MÚLTIPLE". Los mismos también están disponibles en la DAS o a través de la página web [www.das.gob.ar](http://www.das.gob.ar)

2. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:

- Copolímero (Glatiramer Acetato)
- Fingolimod
- Interferón beta 1A
- Interferón beta 1b
- Teriflunomida

Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.

3. Por favor, comuníquelo al médico que la receta del medicamento además de contener los datos habituales

4. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE EXCEPCIÓN EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE complete Ud. con letra clara TODOS los datos solicitados en la sección A) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

5. Su médico de cabecera de cartilla u hospital público especialista en NEUROLOGÍA debe completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación, el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello. El médico también debe explicarle las implicancias de este medicamento

6. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en punto 7, deberá realizarse a través del mail: [contacto@das.gob.ar](mailto:contacto@das.gob.ar)

7. Documentación que debe presentar:

- Formulario completo, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
- Copia del informe de los estudios que fundamenten el diagnóstico o descarten otras enfermedades (ej. resonancia magnética, laboratorio, líquido cefalorraquídeo, potenciales evocados, electromiograma, etc.)
- Receta médica del medicamento (copia), según se especifica en el punto 3º.

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires  
TEL. 0810-222-0317  
EMAIL: [contacto@das.gob.ar](mailto:contacto@das.gob.ar)

8. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación a través del mail: [contacto@das.gob.ar](mailto:contacto@das.gob.ar)

**9. Cada 4 meses deberá renovar la autorización presentando nuevamente formulario y estudios (este trámite demorar hasta 15 días)**

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires  
TEL. 0810-222-0317  
EMAIL: [contacto@das.gob.ar](mailto:contacto@das.gob.ar)

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS DE EXCEPCIÓN EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

**A) Sr/a. AFILADO:** COMPLETE TODOS LOS DATOS SOLICITADOS A CONTINUACIÓN

<b>Nombre y apellido del paciente:</b>	
<b>Número de afiliado del titular:</b>	<b>DNI del titular</b>
<b>Teléfonos de contacto:</b>	<b>Domicilio:</b>
<b>Correo electrónico de contacto:</b>	
<b>Fecha de nacimiento del paciente:</b>	<b>Edad:</b>
<b>Firma del solicitante:</b>	<b>Aclaración de la firma:</b>

**. DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE (EXCLUYENTE )**

Apellido y Nombre: .....Matricula Nacional.....

Teléfonos Para contacto.....Email.....

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires  
TEL. 0810-222-0317  
EMAIL: [contacto@das.gob.ar](mailto:contacto@das.gob.ar)

**ESTA SECCIÓN ESTÁ DESTINADA A SER COMPLETADA POR EL MÉDICO ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA DE CARTILLA O DE HOSPITAL PÚBLICO**

**Resumen de historia clínica del paciente (brotes, remisiones, año del episodio, complicaciones**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Examen neurológico actual (datos positivos solamente):**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO:**

Por favor, marque con un círculo la opción que mejor representa los síntomas o signos que el paciente haya presentado a lo largo de su enfermedad motivando y sosteniendo el diagnóstico (pueden ser varias opciones):

- a) Al menos 2 ataques clínicos evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones o evidencia clínica de una lesión con constatación de historia clínica razonable de un ataque previo.
- b) Al menos 2 ataques clínicos; evidencia clínica objetiva de una lesión. Se necesita demostrar DIS por al menos una lesión en T2 como mínimo en 2 zonas típicas de la EM periventricular, yuxtacortical, médula espinal o infratentorial o esperar un ataque clínico adicional en un sitio diferente del SNC;

Adolfo Alsina 1825, C1090 AAA, Buenos Aires  
TEL. 0810-222-0317  
EMAIL: [contacto@das.gob.ar](mailto:contacto@das.gob.ar)

c) Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de al menos 2 lesiones. Se necesita demostrar DIT mediante la presencia de lesiones asintomáticas gadolinio (Gd) positivas y no Gd positivas en cualquier momento o nueva lesión en T2 o Gd positiva en el seguimiento por RMN, con independencia del tiempo con referencia al análisis de base, o espera de un segundo ataque clínico

d) Un ataque clínico: evidencia clínica objetiva de una lesión (síndrome clínico aislado). Se necesita demostrar DIT y DIS descritos anteriormente;

e) progresión neurológica insidiosa sugestiva de EM. Se necesita demostrar los criterios de EM descritos anteriormente.

<b>Por favor, describa la resonancia magnética de encéfalo y/o columna más representativa</b>	
Fecha:	
<b>Laboratorio (datos que excluyen otra enfermedad)</b>	<b>Líquido cefalorraquídeo</b>
Fecha:	Fecha:
<b>Otros estudios (potenciales evocados, electromiograma, etc.). Agregar fecha de estos.</b>	

El/La paciente, ¿ha recibido otros tratamientos? Por favor, háganos saber cuáles.

Tratamiento previo	Dosis	Tiempo de tratamiento	Respuesta observada	Motivo de suspensión

**Medicación que solicita actualmente:**

Nombre genérico:	Presentación:
Dosis diaria:	Dosis mensual:
Tiempo estimado de tratamiento:	Peso:          Altura:

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle hace cuánto tiempo lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado en este/a paciente. Por favor, aclare con qué dosis ha logrado una respuesta deseable:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A continuación, complete la sección del medicamento que corresponde únicamente según su prescripción con el fin de completar el fundamento terapéutico:

• **COPOLÍMERO (GLATIRAMER ACETATO)**

Ud está indicando Glatiramer porque es un ... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda

Un paciente que han experimentado un primer episodio clínico bien definido de Esclerosis Múltiple (EM) o un síndrome clínico aislado sugestivo de EM, y están considerados como de alto riesgo para el desarrollo de EM clínicamente definida/o es un paciente con EM remitente y recurrente (EMRR) para reducir la frecuencia de recaídas.	SI	NO
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

• **FINGOLIMOD**

Ud está indicando Fingolimod porque es un ... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda

pacientes con elevada actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento con un interferón beta// o es un paciente con Esclerosis Múltiple remitente recurrente grave de evolución rápida definida por 2 o más brotes discapacitantes en un año, y con 1 o más lesiones realizadas con gadolinio en la RM craneal o un incremento significativo de la carga lesional en T2 en comparación con una RM anterior reciente	SI	NO
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

• **INTERFERON BETA 1A**

Ud está indicando Interferon beta 1a porque su paciente presenta los siguientes criterios (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Forma remitente recidivante o pacientes con un único acontecimiento desmielinizante con un proceso inflamatorio activo, lo bastante grave como para justificar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos, excluyendo diagnósticos alternativos y con riesgo elevado para el desarrollo de esclerosis múltiple definida clínicamente	SI	NO
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

• **INTERFERON BETA 1B**

Ud está indicando Interferon beta 1b porque presenta alguno de los siguientes criterios... (marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Forma remitente recidivante y dos o más recaídas en los dos últimos años o forma secundaria progresiva clínicamente activa// o es un paciente con un único acontecimiento desmielinizante con un proceso inflamatorio activo, lo bastante grave como para justificar el tratamiento con corticoesteroides intravenosos, excluyendo diagnósticos alternativos y con un riesgo elevado para el desarrollo de esclerosis múltiple definida clínicamente	SI	NO
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----

• **TERIFLUNOMIDA**

Ud. está indicando Teriflunomida porque el paciente presenta una enfermedad... (Marque SI o NO con un círculo lo que corresponda):

Remitente recidivante y dos o más recaídas en los dos últimos años.	SI	NO
---------------------------------------------------------------------	----	----

Firma del médico

Sello

Fecha



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Que el Dr/a.....,  
MN..... especialista en ....., me ha informado de forma comprensible acerca del tratamiento con (indicar los nombres genéricos del/ de los medicamentos terapéuticos) .....  
..... para la enfermedad o problema (consignar diagnóstico) ..... Verbalmente me fue informado sobre los posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento; los posibles riesgos, efectos adversos y/o secundarios (incluyendo riesgos para mujeres embarazadas o en período de lactancia); las posibles alternativas terapéuticas; los posibles resultados si no se toma/aplica la medicación recomendada y la posibilidad de que el tratamiento requiera ajuste de dosis en el tiempo; asimismo he sido informado sobre el derecho a participar activamente sobre la prescripción discutiendo inquietudes o preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la medicación citada. El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual se me facilita una copia.

En ..... a los .....días del mes de .....de 20.....

Firma: .....

(Paciente/Representante/s legal/es)

Firma:.....

(Médico) Aclaración: Sello: