

FICHA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ACTUALIZACIÓN (6 MESES)

Datos del paciente:

Nombre y apellido _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo _____

Obra Social _____ N° de afiliado _____ DNI _____

Dirección: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto _____

Localidad _____ CP _____ Provincia _____

N° Teléfono de línea _____ N° Teléfono celular _____

E-mail _____

Datos Médico tratante

Nombre y apellido _____

Matricula profesional _____ Especialidad _____

Dirección profesional: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto _____

Localidad _____ CP _____ Provincia _____

N° Teléfono _____ E-mail _____

Horarios y días de atención _____

Tipo de esclerosis múltiple _____ Fecha de diagnóstico _____

Descripción y evolución clínica (aclarar fechas)

Informes:

RMN cerebro _____

RMN columna _____

Signos / sintomatología	SI	NO
Alteraciones sensoriales en los miembros		
Alteraciones visuales		
Alteraciones motoras subagudas		
Diplopía		
Trastornos de la marcha		
Alteraciones del equilibrio		
Alteraciones sensitivas en cara		
Signos de Lhermitte		

Signos / sintomatología	SI	NO
Vértigo		
Alteraciones vesicales		
Ataxia de miembros		
Mielopatía Transversa Aguda		
Dolor		
Otros / combinaciones		