



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

Ficha de seguimiento

Atrofia Muscular Espinal (AME)

FICHA DE SEGUIMIENTO

NOMBRE Y APELLIDO: DNI: EDAD:

NRO. AFILIADO: FECHA DE NACIMIENTO:

MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA

TIPO DE AME

- 1) TIPO I 3) TIPO III
2) TIPO II 4) TIPO IV

FECHA DIAGNÓSTICO:

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

ESTUDIOS MOLECULARES: FECHA DEL ESTUDIO:

RESULTADO:

LUGAR DE REALIZACIÓN:

PAUTAS DE SEGUIMIENTO

• Función Motora

- Escalas de seguimiento (el uso de las mismas depende del cuadro clínico del paciente)

1	CHOP INTEND	FECHA:	RESULTADO:
2	HINE	FECHA:	RESULTADO:
3	HFMSE	FECHA:	RESULTADO:

• Función Respiratoria

-Requerimiento de Asistencia Respiratoria (detallar en caso afirmativo, tipo y cantidad de horas promedio diarias y cantidad de días/mes promedio)

1	TRAQUEOTOMÍA	SI	NO
---	--------------	----	----

• Función Deglutoria

- Tipo de Alimentación: ORAL / SONDA NASOGÁSTRICA / GASTROSTOMÍA

FECHA INICIO TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

MÉDICO PRESCRIPTOR:

CENTRO DE APLICACIÓN:

FECHA DE SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO (en caso afirmativo, detallar el motivo):

.....

.....

.....

Efectos adversos de medicación (en caso afirmativo, detallar tipo y severidad):

SI

NO

.....

.....

.....

Firma y sello médico tratante

Fecha: / /



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

Ficha de seguimiento Atrofia Muscular Espinal (AME)

Para la cobertura de los medicamentos se requiere presentar la siguiente documentación:

- Resumen de Historia Clínica: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Ficha de seguimiento Atrofia Muscular Espinal: cada seis meses.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico neurólogo tratante.
- Inscripción y dictamen favorable del caso ante la Comisión Nacional de Atrofia Muscular Espinal (CONAME) del Ministerio de Salud de la Nación.
- Estudio genético que corrobore diagnóstico genético de Atrofia Muscular Espinal.

TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS

CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO: _____

TELÉFONO: _____

Firma y sello médico tratante

Matrícula n°:.....

Fecha: / /