



REGISTRO DEI FARMACI NEUROLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

RIVALUTAZIONE

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Data rivalutazione*:	____/____/____ (gg mm aaaa)
Il paziente ha presentato reazioni avverse?	Si No
Se si, compilare il modulo ministeriale	
Il paziente ha avuto ricadute negli ultimi 6 mesi? *:	Si No
Se Sì indicare:	
N° ricadute	_____
Data 1^ ricaduta	____/____/____ (gg mm aaaa)
Data 2^ ricaduta	____/____/____ (gg mm aaaa)
Data 3^ ricaduta	____/____/____ (gg mm aaaa)
EDSS*	0.0 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5
RM eseguita*	Si No
Data RM	____/____/____ (gg mm aaaa)
Confrontata con precedente? *	Si No
Numero di lesioni captanti mezzo di contrasto	_____

Numero di lesioni nuove	_____
Il paziente è stato sottoposto a visita oftalmologica*	Si No
Esito	Normale Edema maculare altro
Se altro specificare	_____
Il paziente prosegue la terapia*:	Si No

Nome del Medico

Data

Firma