**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

Es importante cumplir con todos los requisitos abajo enumerados a fines de evitar demoras e impugnaciones

**REQUISITOS PARA EVALUAR DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS**

Este certificado deberá ser completado por médico especialista en Neurología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada. La Junta Médica Evaluadora del Servicio Nacional de Rehabilitación podrá pedir información ampliatoria al Médico que evaluó al paciente.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Paciente** |  |
| **DNI** |  |

**1- Clasificación de la Miastenia Gravis según escala Osserman**:…................................................

**2-Tiempo de evolución de la Miastenia Gravis**……………………………………………………..

**3- Tratamientos recibidos (especificar drogas, dosis utilizadas y tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Esquema de Tto № 1** | **Esquema de Tto № 2** | **Esquema de Tto № 3** |
|  |  |  |

**4- Tratamiento actual (especificar drogas, dosis utilizadas y tiempo de duración de cada uno de los esquemas terapéuticos).**

**Esquema terapéutico actua**

**5-Adjuntar informes de los estudios realizados para abordar al diagnóstico (los que posea):**

-Pruebas Farmacológicas………………………………………………………………………………

-ACRA: ……………………………………………………………………………………………….

-Anti MUSK:…………………………………………………………………………………………..

-Estimulación Repetitiva:…………………………………………………………………………....

-Fibra única:…………………………………………………………………………………………..

-Otros:………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………..

**6-Resumen de historia clínica completo (antecedentes, estado actual, pronóstico, respuesta a los tratamientos instaurados etc):**

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

FECHA: …./……/……

…………………………………………………

Firma y sello del médico actuante