

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE**

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

**Este certificado deberá ser completado por médico especialista con letra clara y en forma completa.** El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al profesional que evaluó a la persona.

<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>	
<b>DNI</b>	

**1- Diagnóstico principal y gravedad (clase funcional en caso que corresponda):** .....

.....

**2- Diagnóstico Secundario:** .....

.....

**3- Año de comienzo de la patología, antecedentes y tiempo de evolución:** .....

.....

.....

**4- Tratamientos Realizados (médicos y quirúrgicos):** .....

.....

.....

**5- Tratamientos farmacológicos y/o rehabilitación (Detallar los esquemas de tratamiento farmacológicos recibidos con fechas):** .....

.....

.....

**6- Estado actual y *SECUELAS* detalladas: todo lo que le afecta a la persona en particular - *NO LA DEFINICION DEL DIAGNOSTICO* - en actividad y participación de la vida diaria:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**7- ADJUNTAR COPIA DE INFORMES DE LABORATORIO SEROLOGIA QUE RESPALDEN EL DIAGNOSTICO.**

FECHA: ...../...../.....

.....  
Firma y sello del médico actuante

## 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.

<b>Nombre del Paciente</b>	
<b>DNI</b>	

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 Nº 1	Esquema de Tto Nº 2	Esquema de Tto Nº 3

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

<b>Esquema terapéutico actual</b>

**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