



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

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 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).

Esquema terapéutico actual



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos
Subsecretaría de Gestión de Servicios Asistenciales
Servicio Nacional de Rehabilitación

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