

PROCESO DE PRESELECCIÓN DE HISTORIALES CLÍNICOS

“ENSAYO CLÍNICO EN FASE I/II DE INFUSIÓN INTRAMUSCULAR DE CÉLULAS MADRE DE MÉDULA ÓSEA AUTÓLOGAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA”

Es necesario aportar:

- **Informe clínico actualizado del neurólogo.**
- **Cumplimentar el siguiente cuestionario y adjuntar con la citada documentación:**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	SI	NO
Diagnóstico de ELA definida o probable de acuerdo con los criterios establecidos por la World Federation of Neurology		
Edad comprendida entre los 18 y los 70 años.		
Paciente que ofrezca garantías suficientes de adhesión al protocolo.		
Datos neurofisiológicos que confirmen afectación de motoneurona inferior a nivel lumbar.		
Valoración del déficit motor en la flexión dorsal de ambos pies (4 ó 5 puntos en la escala MRC).		

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	SI	NO
Diabetes Mellitus.		
Otras enfermedades que puedan ocurrir con polineuropatías.		
Historia previa de ictus cerebral.		
Patología previa del sistema nervioso periférico que afectara a uno o ambos miembros inferiores con o sin secuelas neurológicas clínicamente evidentes.		
Pacientes embarazadas o en período de lactancia activa.		
Pacientes fisiológicamente capaces de quedarse embarazadas, excepto que estén utilizando un método anticonceptivo fiable (Anexo III)		
Pacientes con enfermedad cardíaca, renal, hepática, sistémica, inmune que pueda influir en la supervivencia del paciente durante el ensayo.		
Serología positiva para hepatitis B, hepatitis C o VIH.		
Criterios clínicos y anestesiológicos que contraindiquen bien la sedación o bien la propia extracción de MO (Alteración del sistema de la coagulación o paciente anticoagulado con imposibilidad para retirar la anticoagulación, inestabilidad hemodinámica, alteración cutánea en la zona de punción, etc.		
Inclusión en otros ensayos clínicos en los últimos 6 meses.		
Incapacidad de comprender el consentimiento informado		

Neurólogo: Dr.

Hospital:

Paciente:

Población:

Datos de contacto del paciente: Teléfono: **Móvil:** **Correo-e:**

Firma Neurólogo: Sello hospital