

QUESTIONÁRIO - AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM AME 5Q TIPOS 1 E 2.

Função respiratória

01 - Uso de ventilação mecânica nos três meses de acompanhamento (caso necessário pode ser assinalada mais de uma opção):

Não

Sim, ventilação não invasiva, por: ____ horas/dia, durante: ____ dias

Sim, ventilação invasiva, por: ____ horas/dia, durante: ____ dias

Observações quanto ao uso de ventilação:

02 - Saturação de O₂: _____ %

Cuidado nutricional

03 - Via de alimentação majoritária nos três meses de acompanhamento:

Oral

Nutrição enteral por tubo (nasoentérica, nasogástrica, entre outras ostomias)

04 - Consistência da dieta majoritária nos três meses de acompanhamento:

Sólida Pastosa Líquida

Observações:

Medidas antropométricas

05 - Idade: _____ meses

06 - Peso: _____ kg

07 - Sexo: M F

08 - Estatura: _____ cm

09 - Perímetro cefálico: _____ cm

10 - Perímetro braquial: _____ cm

11 - Perímetro torácico: _____ cm

Estado nutricional

12 - Escore Z (OMS): _____

13 - Peso por idade: _____

14 - Altura por idade: _____

15 - Índice de Massa Corporal: _____

**Superintendência de Relações Intersecretoriais
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica
Assistência Farmacêutica Especializada**

Função motora

16 - Classificação da AME – () Tipo 1 () Tipo 2 () Tipo 3 ou 4

17 - Resultado escala CHOP-INTEND: _____ pontos – Data da avaliação: ____/____/____

18 - Resultado escala HFMSE: _____ pontos – Data da avaliação: ____/____/____

Relatório médico com descrição da situação motora do paciente e justificativa para escolha da escala que melhor se adequa à condição do paciente:

Local e data

Médico Responsável (CRM)