

FORMULÁRIO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA AME 5Q TIPOS 1 E 2
AValiação CLÍNICA DE PACIENTES COM AME 5Q TIPOS 1 E 2

Nome do Paciente: _____ Idade: _____
Cartão Nacional de Saúde: _____
Médico Responsável: _____ CRM: _____ UF: _____

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

1) **Via de alimentação majoritária nos três meses de acompanhamento:**

- () Oral
() Nutrição enteral por tubo (nasoentérica, nasogástrica, entre outras)
() Ostomias

2) **Consistência da dieta majoritária nos três meses de acompanhamento:**

- () Sólido
() Pastoso
() Líquido

3) **Medidas antropométricas**

- a) Idade ____ meses
b) Peso ____ kg
c) Estatura ____ cm
d) Perímetro cefálico ____ cm
e) Perímetro braquial ____ cm
f) Perímetro torácico ____ cm

4) **Estado nutricional**

- a) Escore Z (Organização Mundial da Saúde) ____
b) Peso por idade ____
c) Altura por idade ____
d) Índice de Massa Corporal ____

Função motora:

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

Resultado Escala CHOP- INTEND: _____

Pontos _____ **Data da avaliação:** ____ / ____ / ____

Resultado escala HFMSE: _____

Pontos _____ **Data da avaliação:** ____ / ____ / ____

Escolha a escala que mais adequada à condição clínica do paciente:

1) Resultado escala CHOP-INTEND** _____ Pontos

2) 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 (utilize o verso caso necessário):

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do Médico Responsável – CRM