

FORMULÁRIO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS – MIASTENIA GRAVIS
PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 23 DE MAIO DE 2022

Nome do Paciente: _____ Data do atendimento: ____/____/____

Médico Responsável: _____ CRM: _____ UF: _____

HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:

É GESTANTE OU LACTANTE? () SIM () NÃO

CLASSIFICAÇÃO CONFORME OSSERMA E GENKINS:

- () Grupo 1: Ocular () Grupo 3: Aguda Fulminante
() Grupo 2a: Generalizada Leve () Grupo 4: Grave com instalação tardia
() Grupo 2b: Generalizada moderada-grave

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DA MYASTHENIA GRAVIS FOUNDATIO OF AMERICA:

- () **CLASSE I** (Qualquer fraqueza do músculo ocular; Fraqueza ao fechamento ocular; Força normal em outros músculos)
() **CLASSE II** (Fraqueza menor em outros músculos, além do músculo ocular; Fraqueza do músculo ocular de qualquer gravidade)
() **IIa** Predominantemente, acometendo músculos dos membros, tronco ou ambos. Menor acometimento dos músculos da orofaringe.
() **IIb** Predominantemente, acometendo músculos da orofaringe, respiratórios ou ambos. Menor acometimento dos músculos dos membros, tronco ou ambos.
() **CLASSE III** (Fraqueza moderada em outros músculos, além do músculo ocular; Fraqueza do músculo ocular de qualquer gravidade)
() **IIIa** Predominantemente, acometendo músculos dos membros, tronco ou ambos. Menor acometimento dos músculos da orofaringe.
() **IIIb** Predominantemente, acometendo músculos da orofaringe, respiratórios ou ambos. Menor acometimento dos músculos dos membros, tronco ou ambos.
() **CLASSE IV** (Fraqueza acentuada, acometendo outros músculos além do músculo ocular; Fraqueza do músculo ocular de qualquer gravidade)
() **IVa** Predominantemente, acometendo músculos dos membros, tronco ou ambos. Menor acometimento dos músculos da orofaringe.
() **IVb** Predominantemente, acometendo músculos da orofaringe, respiratórios ou ambos. Menor acometimento dos músculos dos membros, tronco ou ambos. Uso de sonda nasogástrica sem intubação.
() **CLASSE V** (Intubação com ou sem ventilação mecânica, exceto quando usado no cuidado rotineiro no pós-operatório).

DESCREVER SINAIS E SINTOMAS POR GRUPOS MUSCULARES AFETADOS:

GRUPOS MUSCULARES

DESCRIÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS

- | | |
|---------------------------------|-------|
| () Músculos dos Olhos | _____ |
| () Músculos do Rosto e Pescoço | _____ |
| () Músculos dos Membros | _____ |
| () Músculos bulbares | _____ |
| () Músculos respiratórios | _____ |
| () Outros grupos musculares | _____ |

TRATAMENTO PRÉVIOS (DETALHAR TRATAMENTOS ANTERIORES, INCLUINDO SE JÁ OCORREU PROVA TERAPÊUTICA COM PIRIDOSTIGMINA POR 3 MESES):

JUSTIFICATIVA PARA O TRATAMENTO PRESCRITO (DETALHAR SE O TRATAMENTO É PARA DOENÇA REFRATÁRIA OU CRISE MIASTENICA):

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Declaro que o paciente não apresenta nenhum dos seguintes critérios de exclusão deste Protocolo:

- Os pacientes que apresentarem outras formas de miastenia que não forem a MG (conforme diagnóstico diferencial); E
- Os pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) OU
- Contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.

Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do médico