

**QUESTIONÁRIO - AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM AME 5Q TIPOS I E II**

<b>Nusinersena ( ) Risdiplam ( )</b>	
<b><u>Função respiratória</u></b> <i>01 - Uso de ventilação mecânica nos três meses de acompanhamento</i> <i>(caso necessário pode ser assinalada mais de uma opção):</i> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, ventilação não invasiva, por: ____ horas/dia, durante: ____ dias <input type="checkbox"/> Sim, ventilação <i>invasiva</i> , por: ____ horas/dia, durante: ____ dias Observações quanto ao uso de ventilação: <i>02 - Saturação de O2: _____ %</i>	
<b><u>Cuidado nutricional</u></b> <i>03 - Via de alimentação majoritária nos três meses de acompanhamento:</i> <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nutrição enteral por tubo (nasoentérica, nasogástrica, entre outras ostomias) <i>04 - Consistência da dieta majoritária nos três meses de acompanhamento:</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Sólida  <input type="checkbox"/> Líquida             </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Pastosa             </div> </div> Observações:	
<b><u>Medidas antropométricas</u></b>	
<i>05 – Idade: _____ meses</i> <i>07 - Sexo: ( ) M ( ) F</i> <i>09 - Perímetro cefálico: _____ cm</i> <i>11 - Perímetro torácico: _____ cm</i>	<i>06 – Peso: _____ kg</i> <i>08 – Estatura: _____ cm</i> <i>10 - Perímetro braquial: _____ cm</i>
<b><u>Estado nutricional</u></b>	
<i>12 - Escore Z (OMS): _____</i> <i>14 - Altura por idade: _____</i>	<i>13 - Peso por idade: _____</i> <i>15 - Índice de Massa Corporal: _____</i>
<b><u>Função motora<sup>1</sup></u></b> <i>16 - Classificação da AME – ( ) Tipo 1 ( ) Tipo 2 ( ) Tipo 3 ou 4</i> <i>17 - Resultado escala CHOP-INTEND: _____ pontos – Data da avaliação: ____/____/____</i> <i>18 - Resultado escala HFMSE: _____ pontos – Data da avaliação: ____/____/____</i>	
<i>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):</i>          	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><i>Local e data</i></span> <span><i>Médico Responsável (CRM)</i></span> </div>	

Notas: {1} Escolha a escala que mais adequada a condição clínica do paciente;

Escala CHOP-INTEND: <http://columbiasma.org/docs/cme-2010/CHOP%20INTEND%20for%20SMA%20Type%20I%20-%20Score%20Sheet.pdf>

Escala HFMSE: [http://columbiasma.org/docs/HFMSE\\_2019\\_Manual.pdf](http://columbiasma.org/docs/HFMSE_2019_Manual.pdf)