

**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM AME 5Q TIPOS I e II EM USO DE NUSINERSENA**

PACIENTE: \_\_\_\_\_

Número do Cartão SUS: \_\_\_\_\_

<b>FUNÇÃO RESPIRATÓRIA</b>	
1) Uso de ventilação mecânica nos três meses de acompanhamento (pode assinalar mais de uma opção): ( ) Não ( ) Sim, <i>ventilação não invasiva</i> , por ____ horas/dia durante ____ dias ( ) Sim, <i>ventilação invasiva</i> , por ____ horas/dia durante ____ dias	
2) Saturação de O <sub>2</sub> ____%	
<b>CUIDADO NUTRICIONAL</b>	
1) Via de alimentação majoritária nos três meses de acompanhamento: ( ) Oral ( ) Nutrição enteral por tubo (nasointérica, nasogástrica, entre outras)	
2) Consistência da dieta majoritária nos três meses de acompanhamento: ( ) Sólido                      ( ) Pastoso                      ( ) Líquido	
<b>MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS</b>	
Sexo: ( ) Masculino      ( ) Feminino	Perímetro cefálico _____ cm
Idade _____ meses	Perímetro braquial _____ cm
Peso _____ kg	Perímetro torácico _____ cm
Estatua _____ cm	
<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	
Escore Z (OMS) _____	Altura por idade _____
Peso por idade _____	Índice de Massa Corporal _____
<b>FUNÇÃO MOTORA</b>	
Classificação da AME: ( ) Tipo 1      ( ) Tipo 2      ( ) Tipo 3 ou 4	
Resultado escala HINE-2: _____ pontos	Data da Avaliação: ____/____/____
Resultado escala CHOP-INTEND: _____ pontos	Data da Avaliação: ____/____/____
<b>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):</b>	

Local e Data

Médico Responsável – CRM