



**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO CLÍNICA E ACOMPANHAMENTO
DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE AME 5Q TIPO I e II**
Portaria Conjunta SAES/SECTICS/MS nº 03 - 20/03/2025



Nome do paciente: _____.

*** Este questionário deve ser completamente e corretamente preenchido para avaliação do processo administrativo.**

() Nusinersena () Risdiplam

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/día, durante: _____ días

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: _____

Função motora¹

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: ____/____/____

Escala WHO - 6 Marcos de Desenvolvimento Motor

1) Senta sem apoio ()

2) Engatinha usando as mãos e os joelhos ()

3) Fica em pé com ajuda ()

4) Caminha com assistência ()

5) Fica em pé sem ajuda/sozinho ()

6) Caminha sem assistência/sozinho ()

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):_____
Assinatura e carimbo do (a) médico (a)_____
Data

Notas: (1) Escolha a escala que mais adequada a condição clínica do paciente.