



FARMÁCIA DE MINAS

ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA SOLICITAÇÃO DE AME

- ✓ O Sr(a). deverá providenciar todos os itens indicados na “Relação de documentos e exames para solicitação de medicamentos”.
- ✓ Observe que alguns deles devem ser preenchidos e assinados pelo seu médico:
 - Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME);
 - Prescrição médica;
 - Relatório médico e/ou Formulário Específico; e
 - Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.
- ✓ De posse de todos os documentos necessários, o Sr(a). ou seu representante deve dirigir-se à Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF) de sua regional de saúde, ou à farmácia de seu município para protocolar a solicitação.
- ✓ Informe corretamente seu(s) telefone(s), pois as equipes técnicas farão contato com o(a) senhor(a) por este meio.
- ✓ A SES-MG estima um prazo médio de 30 dias para avaliação de sua solicitação.

ATENÇÃO: Se o Sr(a). reside em um dos municípios pertencentes à Regional de Saúde de Belo Horizonte, deverá agendar o atendimento via internet para protocolar sua solicitação de medicamentos.

Acesse o Aplicativo MG App → Saúde → Solicitar Medicamentos → Agendar abertura de solicitação de medicamento especializado (Regional de BH)

- ✓ Em caso de dúvidas, procure o farmacêutico de sua regional ou de seu município.

Atenção: O Programa Farmácia de Minas fornecerá os medicamentos Nusinersena e Ridisplam para pacientes com Atrofia Muscular Espinhal (AME) tipo I e II, conforme critérios definidos no Protocolo Clínico do Ministério da Saúde.



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL TIPO I E II

Medicamentos com restrição de idade:

Risdiplam - Idade mínima: 16 dias

DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto)
- Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do Comprovante de Residência
- Cópia do Cartão de Vacinação
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

→ SOLICITAÇÃO INICIAL	→ RENOVAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)	→ REAVALIAÇÃO (TROCA DE MEDICAMENTO)
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF<input type="checkbox"/> Prescrição Médica<input type="checkbox"/> Formulário Específico: Atrofia Muscular Espinhal (AME) - Primeira Solicitação/Início de Tratamento	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF<input type="checkbox"/> Prescrição Médica<input type="checkbox"/> Formulário Específico: Atrofia Muscular Espinhal (AME) - Monitorização/Continuidade do Tratamento	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF<input type="checkbox"/> Prescrição Médica<input type="checkbox"/> Formulário Específico: Atrofia Muscular Espinhal (AME) – Troca/Mudança de Medicamento

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Cópia dos Testes Genéticos: Análise de DNA (SMN1 e SMN2) por MLPA (Amplificação Multiplex de Sondas Dependente de Ligação) e/ou qPCR (Reação em Cadeia da Polimerase Quantitativa) e/ou Identificação de Mutação por Sequenciamento por Amplicon (Último exame realizado)
- Calendário vacinal atualizado
- Escala CHOP INTEND ou HFMSE preenchida e assinada (Validade 30 dias)

→ MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

- Escala CHOP INTEND ou HFMSE preenchida e assinada (Validade 30 dias)
- Calendário vacinal atualizado

→ REAVALIAÇÃO (TROCA DE MEDICAMENTO): EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME NOVO MEDICAMENTO REQUERIDO

Para Nusinersena ou Risdiplam

- Escala CHOP INTEND ou HFMSE preenchida e assinada (Validade 30 dias)
- Calendário vacinal atualizado

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL (AME) PRIMEIRA SOLICITAÇÃO/INÍCIO DE TRATAMENTO

1	<p>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____</p> <p>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____</p> <p>SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO</p>
2	<p>HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA (DESCREVER OS SINTOMAS E DATA DE INÍCIO DOS MESMOS; DIAGNÓSTICO E EVOLUÇÃO DA DOENÇA; HISTÓRICO FAMILIAR DA DOENÇA, SE FOR O CASO):</p> <p>_____</p>
3	<p>INDIQUE O SUBTIPO DE AME 5q DO PACIENTE:</p> <p><input type="checkbox"/> AME TIPO IA OU 0 <input type="checkbox"/> AME TIPO IB OU IC <input type="checkbox"/> AME TIPO II <input type="checkbox"/> AME TIPO III <input type="checkbox"/> AME TIPO IV</p>
4	<p>FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Uso de ventilação mecânica nos três meses de acompanhamento (pode assinalar mais de uma opção): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, ventilação não invasiva, por _____ horas/dia durante _____ dias <input type="checkbox"/> Sim, ventilação invasiva, por _____ horas/dia durante _____ dias• Saturação de O₂ _____ %
5	<p>CUIDADO NUTRICIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none">• Via de alimentação majoritária nos três meses de acompanhamento: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nutrição enteral por tubo (nasoentérica, nasogástrica, entre outras ostomias)• Consistência da dieta majoritária nos três meses de acompanhamento: <input type="checkbox"/> Sólido <input type="checkbox"/> Pastoso <input type="checkbox"/> Líquido <p>Observações: _____</p>



	<ul style="list-style-type: none">Medidas antropométricas: Idade: _____ meses Peso: _____ kg Estatura: _____ cm Perímetro cefálico: _____ cm Perímetro braquial: _____ cm Perímetro torácico: _____ cmEstado nutricional Escore Z (Organização Mundial da Saúde): _____ Peso por idade: _____ Altura por idade: _____ Índice de Massa Corporal: _____
6	FUNÇÃO MOTORA (ANEXAR ESCALA COMPLETA PREENCHIDA E ASSINADA): Resultado escala HFMSE: _____ pontos – Data da avaliação: ____/____/____; ou Resultado escala CHOP-INTEND: _____ pontos – Data da avaliação: ____/____/____. Descrição da situação motora do paciente e justificativa para escolha da escala que melhor se adequa à condição do paciente: _____ _____ _____ _____ _____
7	PARA NUSINERSENA, INDIQUE SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA(S) DAS CONDIÇÕES ABAIXO: _____ História de doença cerebral ou da medula espinhal que impeça a administração intratecal de medicamento ou a circulação do líquido cefalorraquidiano. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO _____ Presença de derivação implantada para drenagem do líquido cefalorraquidiano ou de cateter de sistema nervoso central implantado. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO _____
8	SITUAÇÃO VACINAL DE ACORDO COM O CALENDÁRIO VACINAL VIGENTE NO SUS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9	OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES: _____ _____
10	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL (AME) MONITORIZAÇÃO/CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

(Obrigatório a cada seis meses após o início do tratamento)

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	EVOLUÇÃO DA DOENÇA (DESCREVER A EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO NOS ÚLTIMOS 6 MESES): _____ _____ _____ _____ _____
3	FUNÇÃO RESPIRATÓRIA: <ul style="list-style-type: none">• Uso de ventilação mecânica nos três meses de acompanhamento (pode assinalar mais de uma opção):<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não<input type="checkbox"/> Sim, ventilação não invasiva, por _____ horas/dia durante _____ dias<input type="checkbox"/> Sim, ventilação invasiva, por _____ horas/dia durante _____ dias• Saturação de O₂ _____ %
4	CUIDADO NUTRICIONAL: <ul style="list-style-type: none">• Via de alimentação majoritária nos três meses de acompanhamento:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oral<input type="checkbox"/> Nutrição enteral por tubo (nasoentérica, nasogástrica, entre outras ostomias)• Consistência da dieta majoritária nos três meses de acompanhamento:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sólido <input type="checkbox"/> Pastoso <input type="checkbox"/> Líquido Observações: _____ <ul style="list-style-type: none">• Medidas antropométricas: Idade: _____ meses Perímetro cefálico: _____ cm Peso: _____ kg Perímetro braquial: _____ cm Estatura: _____ cm Perímetro torácico: _____ cm• Estado nutricional Escore Z (Organização Mundial da Saúde): _____ Peso por idade: _____ Altura por idade: _____ Índice de Massa Corporal: _____



5	FUNÇÃO MOTORA (ANEXAR ESCALA COMPLETA PREENCHIDA E ASSINADA): Resultado escala HFMSE: _____ pontos – Data da avaliação: ____/____/____; ou Resultado escala CHOP-INTEND: _____ pontos – Data da avaliação: ____/____/____. Descrição da situação motora do paciente e justificativa para escolha da escala que melhor se adequa à condição do paciente: _____ _____ _____ _____ _____
6	INDIQUE SE O PACIENTE APRESENTOU ALGUMA(S) DAS CONDIÇÕES ABAIXO NOS ÚLTIMOS SEIS MESES: Desenvolvimento de doença cerebral ou da medula espinhal que impeça a administração intratecal de medicamento ou a circulação do líquido cefalorraquidiano. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Presença de implante de derivação para drenagem do líquido cefalorraquidiano ou de cateter de sistema nervoso central. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Hipersensibilidade ou reação adversa grave. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Decisão do responsável legal pelo paciente, após ser devidamente informado sobre os riscos e benefícios de sua decisão de não mais se submeter a criança ao tratamento medicamentoso. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7	SEGURANÇA CLÍNICA: Para aqueles em uso de Nusinersena : O(A) paciente apresentou infecção das meninges (meningite) após o início do tratamento? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Para aqueles em uso de Risdiplam : O(A) paciente apresentou eventos adversos oftalmológicos e do aparelho respiratório, como piroxia, infecção do trato respiratório, tosse, pneumonia e desconforto respiratório? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Para pacientes do sexo feminino: Indicar situações de gravidez ou lactação, se for o caso. _____ _____
8	SITUAÇÃO VACINAL DE ACORDO COM O CALENDÁRIO VACINAL VIGENTE NO SUS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9	OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____



10	APÓS EXAMES E MONITORAMENTO CLÍNICO, O PACIENTE APRESENTA OS CRITÉRIOS PARA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO DE ACORDO COM O PCDT? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO. Justifique: _____ _____ _____ _____
11	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL (AME) TROCA/MUDANÇA DE MEDICAMENTO

1	<p>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____</p> <p>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____</p>
2	<p>PARA MUDANÇA DO TRATAMENTO DE NUSINERSENA PARA <u>RISDIPLAM</u>, ASSINALAR PELO MENOS UM MOTIVO ABAIXO:</p> <p><input type="checkbox"/> Ocorrência de eventos adversos graves ao nusinersena que demandem a suspensão do tratamento (infecções graves, alterações da coagulação sanguínea, alterações da função renal, sintomas de hipertensão intracraniana, cefaleia, náusea, vômitos, letargia e edema de papila, dor e febre, lesão do parênquima nervoso, hemorragia e outros sinais de acometimento do SNC, como vertigem, sonolência, irritabilidade, convulsões, ou outras reações não previstas que impedem a administração continuada do medicamento). Relatar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Evolução para contraturas graves ou de escoliose grave que possam interferir na administração do nusinersena, trazendo riscos para o paciente, evidenciados por radiografia ou outros exames de imagem. Relatar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Surgimento de doença cerebral ou da medula espinhal que impeça a administração intratecal de medicamento ou a circulação do líquido cefalorraquidiano. Relatar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Necessidade de uso de derivação implantada para drenagem do líquido cefalorraquidiano ou de cateter de sistema nervoso central implantado. Relatar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Inefetividade do tratamento caracterizada pela regressão nos indicadores de mobilidade (escalas: CHOPINTEND - Children's Hospital Of Philadelphia Infant Test Of Neuromuscular Disorders; ou HFMSE - Hammersmith Functional Motor Scale — Expanded) após 12 meses de tratamento ou antes deste prazo, a critério médico, considerando necessariamente o resultado após duas avaliações consecutivas. Será considerada regressão na escala de mobilidade quando o valor obtido é inferior ao medido na linha de base, ou seja, antes do início do uso do medicamento. Apresentar as escalas utilizadas na avaliação da efetividade e relatar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



3	<p>PARA MUDANÇA DO TRATAMENTO DE RISDIPLAM PARA <u>NUSINERSENA</u>, ASSINALAR PELO MENOS UM MOTIVO ABAIXO:</p> <p><input type="checkbox"/> Ocorrência de eventos adversos que demandem a suspensão do tratamento. Relatar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Inefetividade do tratamento caracterizada pela regressão nos indicadores de mobilidade (escalas: CHOPINTEND - Children's Hospital Of Philadelphia Infant Test Of Neuromuscular Disorders; ou HFMSE - Hammersmith Functional Motor Scale — Expanded) após 12 meses de tratamento ou antes deste prazo, a critério médico, considerando necessariamente o resultado após duas avaliações consecutivas. Será considerada regressão na escala de mobilidade quando o valor obtido é inferior ao medido na linha de base, ou seja, antes do início do uso do medicamento. Apresentar as escalas utilizadas na avaliação da efetividade e relatar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
4	<p>INDIQUE O SUBTIPO DE AME 5q DO PACIENTE:</p> <p><input type="checkbox"/> AME TIPO IA OU O <input type="checkbox"/> AME TIPO IB OU IC <input type="checkbox"/> AME TIPO II <input type="checkbox"/> AME TIPO III <input type="checkbox"/> AME TIPO IV</p>
5	<p>FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:</p> <ul style="list-style-type: none">• Uso de ventilação mecânica nos três meses de acompanhamento (pode assinalar mais de uma opção):<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não<input type="checkbox"/> Sim, ventilação não invasiva, por _____ horas/dia durante _____ dias<input type="checkbox"/> Sim, ventilação invasiva, por _____ horas/dia durante _____ dias• Saturação de O₂ _____ %
6	<p>CUIDADO NUTRICIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none">• Via de alimentação majoritária nos três meses de acompanhamento:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oral<input type="checkbox"/> Nutrição enteral por tubo (nasoentérica, nasogástrica, entre outras ostomias)• Consistência da dieta majoritária nos três meses de acompanhamento:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sólido <input type="checkbox"/> Pastoso <input type="checkbox"/> Líquido <p>Observações: _____</p> <ul style="list-style-type: none">• Medidas antropométricas:<ul style="list-style-type: none">Idade: _____ meses Perímetro cefálico: _____ cmPeso: _____ kg Perímetro braquial: _____ cmEstatura: _____ cm Perímetro torácico: _____ cm



	<ul style="list-style-type: none">• Estado nutricional Escore Z (Organização Mundial da Saúde): _____ Peso por idade: _____ Altura por idade: _____ Índice de Massa Corporal: _____
7	FUNÇÃO MOTORA (ANEXAR ESCALA COMPLETA PREENCHIDA E ASSINADA): Resultado escala HFMSE: _____ pontos – Data da avaliação: ____/____/____; ou Resultado escala CHOP-INTEND: _____ pontos – Data da avaliação: ____/____/____. Descrição da situação motora do paciente e justificativa para escolha da escala que melhor se adequa à condição do paciente: _____ _____ _____ _____ _____
8	SITUAÇÃO VACINAL DE ACORDO COM O CALENDÁRIO VACINAL VIGENTE NO SUS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9	OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES: _____ _____
10	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico



ESCALA CHOP-INTEND AVALIAÇÃO MOTORA PACIENTES AME 5Q TIPO I

Nome civil do(a) paciente: _____ Idade: _____
Nome social do(a) paciente: _____
Tempo desde a última alimentação: _____
Data da avaliação: _____

Critério	Posição	Procedimento do teste	Grau de resposta	Pontuação	Escore
1 - Movimento espontâneo de membros superiores (braços).	Supino (deitado de barriga para cima).	O examinador pode sustentar o braço e observar a mão sem o atrito da superfície. O examinador pode acariciar a mão ou o pé para obter uma resposta se nenhuma for observada.	Movimento antigravidade do ombro (consegue retirar o cotovelo da superfície).	4	D: E:
			Movimento antigravidade do cotovelo (consegue levantar/retirar mão e antebraço da superfície).	3	
			Movimento ativo de punho.	2	
			Movimento isolado de dedos.	1	
			Sem movimento dos membros.	0	
2 - Movimento espontâneo de membros inferiores (pernas).	Supino (deitado de barriga para cima).	O examinador pode sustentar a perna e observar o pé sem o atrito da superfície. O examinador pode acariciar a mão ou o pé para obter uma resposta se nenhuma for observada.	Movimento antigravidade de quadril (consegue retirar os pés e joelhos fora da superfície).	4	D: E:
			Adução de quadril antigravidade/rotação interna (joelhos fora da superfície).	3	
			Movimento de joelho ativo com gravidade eliminada (extensão e flexão em abdução e rotação externa).	2	
			Movimento isolado de tornozelo.	1	
			Sem movimento dos membros.	0	
3 - Avalia a "pega" da mão (firmeza da mão para agarrar).	Supino (deitado de barriga para cima) com o braço e o antebraço na superfície do tapete de teste e o punho Estendido.	O examinador deve colocar o seu dedo (ou um brinquedo ou objeto do mesmo diâmetro, como uma caneta mais grossa) na palma da mão da criança até que uma resposta de preensão seja segura, depois levantar (puxar) lentamente o braço e a mão da criança, criando tração no braço a 90° da superfície de apoio, continuar a puxar até o ombro sair da superfície. Observar quando a criança perde a aderência ("pega") e marcar a pontuação neste momento.	Mantém mão fechada/firme com ombros fora da superfície.	4	D: E:
			Mantém a aderência da mão (agarrada) com cotovelo fora da superfície, mas o ombro na superfície.	3	
			Mantém a aderência com antebraço fora da superfície, mas o cotovelo fica apoiado na superfície.	2	
			Mantém aderência somente se não tem tração.	1	
			Sem tentativa de manter a "pega" e o seu dedo ou objeto escorrega.	0	



4 - Avalia movimentação da cabeça.	Supino (deitado de barriga para cima) com a cabeça na linha média.	Estimulação visual com um brinquedo ou objeto brilhante na linha média. Se a criança consegue segurar a cabeça na linha média por mais de 5 segundos: coloque a cabeça lateralizada ao máximo para a direita e forneça estímulo visual para incentivar que a criança retorne a cabeça para a linha média, depois repita o movimento para a esquerda.	Consegue girar totalmente a cabeça da posição lateral para de volta para a linha média.	4	D: E:
			Retorna a cabeça de volta à linha média parcialmente.	3	
			Mantém a cabeça na linha média (ou até 15º desta) por 5 segundos ou mais.	2	
			Mantém a cabeça até 15º da linha média por menos de 5 segundos.	1	
			Cabeça cai para o lado. sem tentativa de segurar na linha média.	0	
5- Avalia adutores de quadril.	Supino (deitado de barriga paracima) com os quadris a 45º e os joelhos a 90º, sem fralda. Joelhos flexionados / dobrados e aduzidos. Pés separados na largura do quadril e coxas paralelas, joelhos levemente separados.	O examinador deve posicionar as pernas em posição neutra com as coxas paralelas e soltar. Observar a resposta das pernas.	Mantém joelhos fora da superfície por mais de 5 segundos ou levanta os pés da superfície.	4	D: E:
			Mantém joelho fora da superfície de 1 a 5 segundos.	2	
			Sem tentativa de segurar joelhos fora da superfície.	0	
6 - Avalia o rolamento provocado pelas pernas.	Supino (deitado de barriga para cima) com braços nas laterais.	1. Segurando a coxa da criança, flexione o quadril e joelho e aduza através da linha média, trazendo a pélvis para a vertical, mantenha a tração e pause nessa posição. 2. Se a criança rolar para o lado, aplique tração a 45º diagonal ao corpo e pause para permitir que a criança tente desvirar.	Quando a tração é aplicada no fim da manobra, criança rola para prono, alinhando a cabeça na lateral (" <i>lateral head righting</i> ").	4	Para a D: Para a E:
			Rola para o lado ficando no prono sem alinhar a cabeça na lateral (" <i>lateral head righting</i> "), tira completamente o braço de suporte de peso para completar o rolamento.	3	
			Pelvis, tronco e braço saem da superfície de suporte, cabeça vira e rola para o lado, braços passam para frente do corpo.	2	
			Pelvis e tronco levantam da superfície de suporte e cabeça vira para o lado. Braço permanece atrás do tronco.	1	
			Pelvis levantada passivamente da superfície de suporte.	0	



7 - Avalia o rolamento provocado pelos braços.	Supino (deitado de barriga para cima) com braços ao lado. Mantenha o lado testado para cima e execute o rolamento a partir do lado testado.	1. Segure a criança pelo cotovelo e mova através da linha média na direção do ombro oposto, mantenha a tração no membro e pause com o ombro na vertical , possibilitando à criança girar/rolar (espere que o tronco gire e os membros inferiores e os quadris cheguem à linha lateral). Não puxe passivamente a criança para a posição prono. 2. Se a pélvis atingir a vertical, continue a dar tração no braço e observe o controle da cabeça e a capacidade de liberar o braço e completar o rolamento em decúbito ventral.	Rola para prono e endireita a cabeça lateralmente (a criança levanta a cabeça lateralmente da superfície de suporte para completar o rolamento).	4	Para a D: Para a E:
			Rola para prono sem endireitar a cabeça lateralmente, Tira completamente o braço de suporte de peso para completar o rolamento.	3	
			Rola para o lado, perna atravessa e aduz, trazendo a pélvis para a vertical.	2	
			Cabeça vira para o lado e ombro e tronco saem da superfície.	1	
			Cabeça vira para o lado, corpo permanece passivo ou ombro levanta passivamente, sem participação ativa.	0	
8 - Avalia a flexão do ombro e cotovelo e abdução horizontal.	Posição inicial deitado de lado com o braço de cima apoiado atrás do corpo a 30 graus de flexão do cotovelo e da extensão do ombro. Cotovelo fletido (para trás) e suportado pelo corpo.	Apresente um brinquedo no comprimento do braço, na altura do ombro superior, e solicite que a criança busque o objeto. Qualquer movimento espontâneo de membro superior deve ser pontuado, intenção não é necessária.	Tira o braço da superfície com movimento do braço contra a gravidade (criança demonstra abdução horizontal antigravidade).	4	D: E:
			Consegue flexionar o ombro a 45°, sem movimento do braço contra a gravidade.	3	
			Flexiona o cotovelo após o braço sair do corpo.	2	
			Consegue tirar o braço do corpo.	1	
			Sem tentativa (o braço permanece no tronco do bebê).	0	
9 - Avalia flexão de cotovelo e ombro.	Sentado no colo do avaliador ou dos pais com suporte de tronco e cabeça (pode ficar 20° reclinado para trás, se esta posição oferecer mais conforto à criança) e com os braços soltos balançando nas laterais.	Apresente estímulo na posição média e no nível do ombro no comprimento dos braços para que a criança tente alcançar.	Consegue alcançar o brinquedo.	4	D: E:
			Abduz ou flexiona ombro para até 60°.	3	
			Qualquer flexão ou abdução de ombro.	2	
			Flexiona cotovelo somente.	1	
			Não consegue levantar o braço.	0	
10 - Avalia extensão de joelho.	Sentado no colo sobre uma perna do pai/mãe ou do examinador com suporte de tronco e cabeça (pode estar 20° reclinado). Coxa na posição horizontal.	O examinador deve fazer cócegas na superfície plantar do pé ou beliscar delicadamente o dedo do pé da criança.	Estende joelho mais que 45°.	4	D: E:
			Estende joelho entre 15° e 45°.	2	
			Qualquer extensão visível de joelho.	1	
			Nenhuma extensão visível de joelho.	0	



11 - Avalia flexão de quadril e dorsiflexão de pés.	Segurando a criança pelo abdômen contra o corpo do avaliador, com as costas da criança apoiadas contra o peito do avaliador e com as pernas livres (penduradas sem suporte) e olhando para frente. Dê suporte no abdômen da criança, cabeça descansando.	O examinador deve acariciar a superfície plantar do pé.	Flexão de quadril ou joelho maior que 30º.	4	D: E:
			Qualquer flexão de quadril ou joelho.	3	
			Dorsiflexão de tornozelo somente.	2	
			Nenhum movimento ativo de quadril, joelho ou tornozelo.	0	
12 - Avalia controle de cabeça.	Sentado com o examinador apoiando suas duas mãos nos ombros da criança, e tronco ereto. Tente posicionar o bebê com a cabeça ereta.	Se a criança não puder ser posicionada com a cabeça ereta, deixe a cabeça cair para a frente e dê suporte ao queixo com os seus polegares para manter o queixo fora do peito.	Atinge a posição ereta da cabeça pelo menos uma vez a partir da flexão e move a cabeça livremente com controle.	4	
			Mantém cabeça para frente por mais de 15 segundos.	3	
			Mantém a cabeça na linha média por mais de 5 segundos.	2	
			Levanta ativamente ou gira a cabeça duas vezes a partir da flexão dentro do intervalo de 15 segundos.	1	
			Sem resposta, cabeça pendurada.	0	
13 - Avalia flexão de cotovelo.	Supino (deitado de barriga para cima).	Resposta à tração: puxe os braços da criança estendidos para sentar, ângulo 45°, até que os ombros estejam levantado da superfície, ao ponto de quase levantar a cabeça da criança da superfície.	Flexiona o cotovelo.	4	D: E:
			Contração de bíceps visível em flexão de cotovelo.	2	
			Nenhuma contração visível.	0	
14 - Avalia flexão de pescoço.	Supino (deitado de barriga para cima).	Resposta à tração: puxe os braços da criança estendidos para sentar, ângulo 45°, até que os ombros estejam levantado da superfície, ao ponto de quase levantar a cabeça da criança da superfície.	Levanta a cabeça da superfície.	4	
			Visível contração muscular do SCM.	2	
			Sem contração muscular.	0	
15 - Avalia extensão de cabeça e pescoço (reflexo de Landau).	Suspensão ventral (suspendido de bruços): prono, segurado por uma mão sobre o abdomen/caixa torácica inferior. No caso de crianças maiores, cabeça e joelhos podem apoiar/descansar no tapete.	O examinador deve acariciar os músculos para espinhais bilateralmente ao longo da coluna, do pescoço ao sacro.	Consegue estender a cabeça até o plano horizontal ou acima.	4	
			Consegue estender a cabeça parcialmente, mas não até o plano horizontal.	2	
			Nenhuma extensão ativa da cabeça é observada.	0	



16 - Avalia curvatura da coluna vertebral (reflexo de Galant).	Prono sobre o examinador (este com a mão apoiada no abdômen/tórax inferior da criança). Para crianças maiores, se necessário, a cabeça e os joelhos podem apoiar/descansar no tapete.	O examinador deve estimular os músculos paraespinhais da direita e da esquerda com os polegares, do sacro ao nível médio torácico (reflexo de Galant). Para as crianças mais velhas, incline-as para facilitar a reação correta e peça que mexam as nádegas.	Torce a pelve em direção ao estímulo fora do eixo.	4	D: E:
			Contração do músculo paraespinhal visível.	2	
			Nenhuma resposta observada.	0	
Pontuação total, melhor pontuação de cada lado para cada item (máximo de 64 pontos)					
Este documento é uma tradução livre da Escala CHOP-INTEND. Não é validada nem substitui a versão original, em inglês, disponível no endereço eletrônico: http://columbiasma.org/docs/cme-2010/CHOP-INTEND-for-SMAType-I-Manual-of-Procedures.pdf .					

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Data



ESCALA HFMSE AVALIAÇÃO MOTORA PACIENTES AME 5Q TIPO II

Nome civil do(a) paciente: _____	Idade: _____
Nome social do(a) paciente: _____	
Tempo desde a última alimentação: _____	
Data da avaliação: _____	

Critério	Posição inicial	Posição final	Instrução	Grau de resposta	Pontuação
1 - Sentado na cadeira/chão.	O examinador deverá encontrar a melhor posição para que o paciente fique sentado sozinho no chão ou na cadeira (não pode ser de rodas) com os pés sem apoio.	O examinador deverá solicitar para que o paciente sentado erga os braços sem ter contato com o corpo.	Você consegue permanecer sentado no chão ou na cadeira sem usar as mãos como apoio contendo até 3?	Capaz de sentar sem usar a mão como suporte por uma contagem de 3 ou mais.	2
				Precisa do apoio de uma mão para manter o equilíbrio por uma contagem de 3.	1
				Precisa de apoio de duas mãos para manter o equilíbrio.	0
2 - Permanecer sentado por um longo período.	Sentado no chão ou maca com as pernas em extensão máxima e as rótulas apontando ao teto. Voltar sem suporte.	O paciente deverá permanecer por um longo tempo sentado com as pernas esticadas e os braços para cima, os braços não devem estar em contato com o corpo.	Você consegue sentar-se no chão sem usar as mãos como apoio e com as pernas diretas para uma contagem de 3? Não deixe suas pernas rolarem.	Capaz de sentar no chão com as pernas retas sem apoio de mão por uma contagem de 3.	2
				Capaz de sentar no chão com as pernas retas apoiando com uma mão suporte por uma contagem de 3.	1
				Capaz de sentar-se por muito tempo usando as duas mãos por uma contagem de 3 ou incapaz de sentar com as pernas retas.	0
3 - Uma mão na cabeça sentado.	Sentado no chão ou sobre a borda da cadeira (sem apoio para as costas). Os braços podem estar apoiados no colchonete ou no colo.	Todas as pontas dos dedos de uma mão acima do nível do ouvido (podem ou não estar em contato com a cabeça).	Você consegue colocar uma mão na cabeça (acima da orelha) sem dobrar o pescoço?	Capaz de levar uma mão à cabeça - braços livres de lado. Cabeça e tronco permanecem estáveis.	2
				Só pode levar a mão à cabeça flexionando a cabeça/tronco ou rastejando a mão até o topo da cabeça.	1
				Incapaz de levar a mão à cabeça mesmo usando o movimento da cabeça e do tronco.	0
4 - Duas mãos na cabeça sentado.	Sentado no chão ou sobre a borda da cadeira (sem apoio para as costas). Os braços podem estar apoiados no colchonete ou no colo.	Todas as pontas dos dedos (não inclui os polegares) de ambas as mãos acima do nível do ouvido (podem ou não estar em contato com a cabeça).	Você consegue levantar as duas mãos ao mesmo tempo, até a cabeça, sem dobrar o pescoço?	Capaz de colocar as duas mãos na cabeça ao mesmo tempo – braços livres de lado. Cabeça e tronco permanecem estáveis.	2
				Capaz de colocar as mãos na cabeça, mas usando apenas flexão da cabeça ou inclinação lateral ou mãos rastejantes para cima ou uma de cada vez.	1
				Incapaz de colocar as duas mãos na cabeça.	0
5 - Deitado de lado.	Braços em decúbito dorsal ao lado ou em posição intermediária, quadris e ombros voltados para cima em direção ao teto.	Os ombros devem estar perpendiculares ao chão, e o tronco e os quadris devem estar alinhados com o ombro e o corpo. A posição da perna não é importante, mas as coxas são empilhadas umas sobre as outras.	Você pode rolar para o seu lado em ambas as direções?	Capaz de rolar para o lado de supino em ambos os sentidos.	2
				Pode rolar para o lado apenas em um sentido (direita ou esquerda).	1
				Não é possível rolar para o lado de qualquer maneira.	0



6 - Rolar de prono a supino para a direita.	Decúbito ventral, braços em posição intermediária ou ao lado, quadris e ombros voltados para baixo em Direção ao chão.	Decúbito dorsal com os braços por baixo do corpo, quadris e ombros voltados para cima em direção ao teto.	Você consegue rolar da barriga para as costas em ambas as direções? Tente não usar as mãos.	Rola totalmente em decúbito dorsal com os braços livres para a direita.	2
				Rola totalmente em decúbito dorsal puxando/empurrando os braços.	1
				Incapaz de rolar em decúbito dorsal. Não inicia ou completa a posição supino.	0
7 - Rolar de prono a supino para a esquerda.	Decúbito ventral, braços em posição intermediária ou ao lado, quadris e ombros voltados para baixo em direção ao chão.	Decúbito dorsal com os braços por baixo do corpo, quadris e ombros voltados para cima em direção ao teto.	Você consegue rolar da barriga para as costas em ambas as direções? Tente não usar as mãos.	Rola totalmente em decúbito dorsal com os braços livres para a esquerda.	2
				Rola totalmente em decúbito dorsal puxando/empurrando os braços.	1
				Incapaz de rolar em decúbito dorsal. Não inicia ou completa a posição supino.	0
8 - Rolar de supino para prono para a direita.	Decúbito dorsal no colchonete com os braços em posição intermediária ou ao lado, quadris e ombros voltados para cima em direção ao teto.	De bruços, com os braços por baixo do corpo, quadris e ombros voltados para baixo em direção ao chão.	Você consegue rolar das costas para a barriga em ambas as direções? Tente não usar nossas mãos.	Rola totalmente em decúbito ventral com os braços livres para a direita.	2
				Rola totalmente em decúbito ventral puxando/empurrando os braços.	1
				Incapaz de rolar em decúbito ventral. Não inicia ou completa a posição prono.	0
9 - Rolar de supino para prono para a esquerda.	Decúbito dorsal no colchonete com os braços em posição intermediária ou ao lado, quadris e ombros voltados para cima em direção ao teto.	De bruços, com os braços por baixo do corpo, quadris e ombros voltados para baixo em direção ao chão.	Você consegue rolar das costas para a barriga em ambas as direções? Tente não usar nossas mãos.	Rola totalmente em decúbito ventral com os braços livres para a esquerda.	2
				Rola totalmente em decúbito ventral puxando/empurrando os braços.	1
				Incapaz de rolar em decúbito ventral. Não inicia ou completa a posição prono.	0
10 - Sentado para deitar.	Sentado no colchonete, com as pernas posicionadas na frente do corpo. Não deve ser realizado sentado na beirada da cama.	Decúbito dorsal, quadris e ombros voltados para cima em direção ao teto.	Você consegue se deitar de forma controlada/segura a partir da posição sentada?	Capaz de se deitar de lado ou na linha média usando roupas de maneira controlada/segura.	2
				Capaz de se deitar caindo para a frente e rolando para os lados, ou de bruços de maneira controlada/segura.	1
				Incapaz ou completa de forma não controlada/insegura.	0
11 - Apoio nos antebraços.	Decúbito ventral com a testa apoiada no colchonete, quadris e ombros voltados para baixo em direção ao chão (pelve em contato com o colchonete) – braços para baixo ao lado.	Decúbito ventral e apoiado nos antebraços. Os antebraços devem estar na superfície e as mãos não entrelaçadas. A pelve deve estar em contato com o colchonete.	Você consegue se apoiar nos antebraços com a cabeça erguida (sem segurar a cabeça) e segurar contando até 3?	Capaz de alcançar suporte nos antebraços e manter a cabeça erguida independentemente por uma contagem de 3.	2
				Mantém a posição por uma contagem de 3 quando colocado.	1
				Incapaz ou retido por menos de uma contagem de 3.	0
12 - Levanta a cabeça no decúbito.	Decúbito ventral com a testa apoiada no colchonete, quadris e ombros voltados para baixo em direção ao chão - braços para baixo ao lado. A pelve não precisa estar em contato com o colchonete.	De bruços com o queixo afastado do tapete. Com os braços ao lado (pontuação 2) ou em posição intermediária (abdução entre 70 e 110° (pontuação 1)).	Você consegue levantar a cabeça mantendo os braços ao seu lado contando até 3?	Capaz de levantar a cabeça na linha média em decúbito ventral, braços para baixo ao lado por uma contagem de 3.	2
				Levanta a cabeça na posição vertical com os braços na posição intermediária por uma contagem de 3.	1
				Incapaz ou levanta a cabeça por menos de 3.	0



13 - Suporte nos braços estendidos.	Decúbito ventral com a testa apoiada no colchonete, quadris e ombros voltados para baixo em direção ao chão (pelve em contato com o colchonete) - braços para baixo ao lado.	Decúbito ventral com os cotovelos estendidos e Tronco em extensão - o umbigo deve estar livre da superfície. A cabeça deve estar acima da posição neutra. A posição das mãos no colchonete e o ângulo das mãos não são importantes, mas devem estar dentro de um raio da articulação do ombro.	Você consegue se sustentar com os braços retos contando até 3?	Capaz de apoiar os braços estendidos, cabeça erguida por uma contagem de 3.	2
				Pode se apoiar nos braços estendidos se colocado por uma contagem de 3.	1
				Impossível.	0
14 - Deitado para sentar.	Braços em decúbito dorsal ao lado, quadris e ombros voltados para cima em direção ao teto.	Sentar-se com a parte inferior em contato com o colchonete. As pernas devem ser posicionadas na frente do corpo; no entanto, a posição precisa não importa.	Você pode passar de deitado (supino) para sentado sem rolar com a barriga?	Capaz de ficar sentado de lado ou em decúbito dorsal.	2
				Vira em decúbito ventral ou em direção ao chão e empurra-se para sentar.	1
				Impossível.	0
15 - Deitado para sentar.	Decúbito ventral no colchonete, braços em posição intermediária ou ao lado, quadris e ombros voltados para baixo em direção ao chão.	Posição ajoelhada em quatro apoios com a cabeça estendida e olhando para frente. Mãos e joelhos devem ser posicionados aproximadamente sob os ombros e quadris, respectivamente. O alinhamento perfeito não é necessário.	Você consegue ficar de mãos e joelhos com a cabeça erguida e contar até 3?	Consegue ficar ajoelhado em quatro apoios com a cabeça erguida e olhando para frente por uma contagem de 3.	2
				Mantém a posição de quatro apoios com a cabeça estendida quando colocado por uma contagem de 3.	1
				Impossível.	0
16 - Engatinhando.	Ajoelhado em quatro apoios.	Permanece ajoelhado em quatro apoios, porém avança. A distância percorrida não é importante.	Você pode engatinhar para frente?	Capaz de engatinhar para frente. Move todos os quatro apoios duas vezes ou mais.	2
				Move todos os quatro apoios apenas uma vez.	1
				Impossível.	0
17 - Levanta a cabeça em decúbito dorsal.	Decúbito dorsal no colchonete com os braços cruzados sobre o peito (cotovelos afastados do colchonete).	Decúbito dorsal com a cabeça flexionada usando flexão do pescoço (pontuação 2) ou fora da superfície do colchonete (pontuação 1). Cotovelos afastados do colchonete.	Você consegue levantar a cabeça para olhar para os dedos dos pés mantendo os braços cruzados contando até 3?	Em decúbito dorsal, pode levantar a cabeça através da flexão do pescoço na linha média. O queixo se move em direção ao peito. Mantido por uma contagem de 3.	2
				A cabeça é levantada, mas com flexão lateral, usando protração ou sem flexão do pescoço. Mantido por uma contagem de 3.	1
				Impossível	0
18 - Ficando de pé.	Ficar descalço no chão. Sem uso de órteses. O examinador deve estar próximo para vigiar o paciente a fim de garantir a segurança. Um apoio deve estar próximo à altura do quadril se a habilidade for incerta.	Ficar em pé com os dois pés usando uma mão para apoio.	Você consegue ficar de pé usando uma mão como apoio contando até 3?	Consegue ficar de pé com o apoio de uma mão por uma contagem de 3.	2
				Capaz de ficar de pé com o apoio de uma mão e apoio mínimo de tronco (não quadril) por uma contagem de 3.	1
				Consegue ficar de pé com o apoio de uma mão, mas precisa de apoio de joelho/quadril para contar até 3 ou é incapaz de ficar em pé apoiado.	0



19 - Ficando de pé sem suporte.	De pé descalço no chão, os pés devem estar separados por aproximadamente 10cm (largura do quadril). Sem uso de órteses. Um apoio deve estar próximo à altura do quadril se a habilidade for incerta.	De pé em ambos os pés, tomando todo o peso de forma independente, a postura não é importante.	Você consegue ficar de pé sem segurar nada contando até 3?	Consegue ficar de pé sem suporte por mais de uma contagem de 3.	2
				Fica de pé sem suporte por uma contagem de 3.	1
				Fica de pé apenas momentaneamente (menos de uma contagem de 3) ou é incapaz de ficar de pé sem suporte.	0
20 - Caminhando.	Descalço em piso plano. Sem órteses, meias e sapatos. Auxiliares de caminhada não são permitidos.	Permanece em pé, mas avança. A distância percorrida não é importante.	Você pode andar sem usar nenhuma ajuda ou auxílio? Mostre-me.	Consegue dar mais de 4 passos sem ajuda.	2
				Consegue dar de 2 a 4 passos sem ajuda.	1
				Impossível.	0
21 - Flexão do quadril direito em decúbito dorsal.	Decúbito dorsal sobre o colchonete com quadris e joelhos em extensão máxima possível. Avalie a amplitude passiva para a flexão do quadril e do joelho antes de iniciar a avaliação.	A amplitude ativa completa de flexão de quadril e joelho é alcançada e permanece em decúbito dorsal. A coxa deve aproximar-se do peito do paciente e a parte posterior da panturrilha deve aproximar-se da coxa. Aproximar não significa necessariamente tocar. Os braços não podem ser utilizados para auxiliar.	Você pode levar o joelho direito ao peito? Tente ir o mais longe que puder.	Flexão total do quadril alcançada. A flexão total é definida como > 110°.	2
				Capaz de iniciar flexão unilateral de quadril e joelho > 10% mas não atinge a plenitude alcance (<110°).	1
				Impossível.	0
22 - Flexão do quadril esquerdo em decúbito dorsal.	Decúbito dorsal sobre o colchonete com quadris e joelhos em extensão máxima possível. Avalie a amplitude passiva para a flexão do quadril e do joelho antes de iniciar a avaliação.	A amplitude ativa completa de flexão de quadril e joelho é alcançada e permanece em decúbito dorsal. A coxa deve aproximar-se do peito do paciente e a parte posterior da panturrilha deve aproximar-se da coxa. Aproximar não significa necessariamente tocar. Os braços não podem ser utilizados para auxiliar.	Você pode levar o joelho esquerdo ao peito? Tente ir o mais longe que puder.	Flexão total do quadril alcançada. A flexão total é definida como > 110°.	2
				Capaz de iniciar flexão unilateral de quadril e joelho > 10% mas não atinge a plenitude alcance (<110°).	1
				Impossível.	0
23 - Ajoelhado alto a meio ajoelhado (direita).	Ajoelhado alto e os braços livres. O examinador deve estar próximo a fim de garantir a segurança do paciente. É permitido o uso de banco/ bancada para apoio de um braço ou do próprio corpo.	Meio ajoelhado definido como o peso colocado em um joelho e o pé oposto e as nádegas afastadas da parte inferior da perna. A meia direita ajoelhada é com o peso apoiado no joelho direito e o pé esquerdo para a frente. Alinhamento não é um critério.	Você consegue levantar a perna esquerda de modo que o pé fique apoiado no chão sem usar os braços e segurar contando até 10?	Capaz de atingir a metade do joelho (com ou sem apoio de braço) e mantém a posição sem apoio de braço por uma contagem de 10.	2
				Mantém meio ajoelhado com um apoio de braço por uma contagem de 10.	1
				Impossível.	0



24 - Ajoelhado alto a meio ajoelhado (esquerda).	Ajoelhado alto e os braços livres. O examinador deve estar próximo a fim de garantir a segurança do paciente. É permitido o uso de banco/ bancada para apoio de um braço ou do próprio corpo.	Meio ajoelhado definido como o peso colocado em um joelho e o pé oposto e as nádegas afastadas da parte inferior da perna. A meia esquerda ajoelhada é com o peso apoiado no joelho esquerdo e o pé direito para a frente. Alinhamento não é um critério.	Você consegue levantar a perna direita de modo que o pé fique apoiado no chão sem usar os braços e segurar contando até 10?	Capaz de atingir a metade do joelho (com ou sem apoio de braço) e mantém a posição sem apoio de braço por uma contagem de 10.	2
				Mantém meio ajoelhado com um apoio de braço por uma contagem de 10.	1
				Impossível.	0
25 - Ajoelhado alto para em pé, conduzindo com a perna esquerda (através da metade do joelho direito).	Ajoelhado alto e os braços livres.	De pé em ambos os pés, tomando todo o peso de forma independente, a postura não é importante. Pode precisar de demonstração. Tenha um banco por perto caso o paciente precise de apoio para equilíbrio ou força.	Você consegue se levantar dessa posição começando com a perna esquerda sem usar as mãos?	Capaz de ficar com os braços livres.	2
				Capaz de transferir o peso de ambos os joelhos (com ou sem apoio de braço).	1
				Impossível.	0
26 - Ajoelhado alto para em pé, conduzindo com a perna direita (através da metade do joelho esquerdo).	Ajoelhado alto e os braços livres.	De pé em ambos os pés, tomando todo o peso de forma independente, a postura não é importante. Pode precisar de demonstração. Tenha um banco por perto caso o paciente precise de apoio para equilíbrio ou força.	Você consegue se levantar dessa posição começando com a perna direita sem usar as mãos?	Capaz de ficar com os braços livres.	2
				Capaz de transferir o peso de ambos os joelhos (com ou sem apoio de braço).	1
				Impossível.	0
27 - De pé para sentar no chão.	Ficar descalço em piso ou colchonete nivelado. Para avaliar este item, o paciente deve ser capaz de se manter em pé independente, sem apoio de braço. Proteja o paciente por segurança.	Sentar-se em contato com o colchonete. As pernas devem ser posicionadas na frente do corpo, porém a posição precisa não importa.	Consegue sentar-se no chão de forma controlada/segura quando em pé? Tente não usar os braços.	Capaz de sentar-se com os braços livres e sem colapso, de maneira controlada.	2
				Senta-se no chão usando as mãos no chão/corpo ou cai.	1
				Impossível.	0
28 - Agachamento.	Descalço em pé em um piso ou tapete nivelado. Proteja o paciente por segurança. Nenhuma órtese deve ser usada.	Posição de agachamento definida como quadris e joelhos flexionados a mais de 90°.	Você pode agachar? Finja que você vai se sentar em um assento muito baixo, apenas desça o máximo que conseguir para levantar-se sozinho.	Capaz de agachar com quadril e joelhos flexionados a mais de 90° e os braços livres.	2
				Inicia o agachamento em ambos os joelhos (10° a <90°), usa apoio de braço.	1
				Incapaz de controlar ou iniciar.	0
29 - Saltar 30 cm a frente.	Descalço em piso plano e independente. Posicione o paciente em pé confortavelmente na frente de duas linhas paralelas (30 cm de distância no chão). Proteja o paciente por segurança.	Deve ter pousado sem uso de apoio de braço e sem cair para frente.	Você consegue pular o mais longe que puder, com os dois pés, desta linha até a outra linha?	Salta pelo menos 30 cm com ambos os pés simultaneamente.	2
				Salta entre 5-28 cm com ambos os pés simultaneamente.	1
				Incapaz de iniciar o salto com os dois pés simultaneamente.	0



30 - Subir quatro degraus com auxílio do corrimão.	Ficar independente e descalço na base dos quatro degraus.	De pé no topo da escada, ambos os pés no degrau mais alto. Pode usar o corrimão para suporte, se necessário.	Você consegue subir os degraus? Você pode usar o corrimão (pode usar as duas mãos em um corrimão).	Sobe quatro degraus, com auxílio de um corrimão, alternando os pés.	2
				Sobe 2-4 degraus com auxílio de um corrimão, qualquer padrão.	1
				Não é possível subir 2 degraus usando apenas um corrimão.	0
31 - Descer quatro degraus com auxílio do corrimão.	Ficar independente e descalço no topo dos quatro degraus.	De pé na base dos quatro degraus, ambos os pés no chão. Pode usar o corrimão para suporte, se necessário.	Você consegue descer os degraus? Você pode usar o corrimão (pode usar as duas mãos em um corrimão).	Desce quatro degraus, com auxílio de um corrimão, alternando os pés.	2
				Desce 2-4 degraus com auxílio de um corrimão, qualquer padrão.	1
				Não é possível descer 2 degraus usando apenas um corrimão.	0
32- Subir quatro degraus sem auxílio do corrimão.	Ficar independente e descalço na base dos quatro degraus.	De pé no topo da escada, ambos os pés no degrau mais alto.	Você pode subir os degraus? Desta vez, tente não usar o corrimão.	Sobre quatro degraus com os braços livres (sem suporte e sem auxílio do corrimão) alternando os pés.	2
				Sobre 2-4 degraus com os braços livres, qualquer padrão.	1
				Incapaz de subir 2 degraus sem auxílio dos braços.	0
33- Descer quatro degraus sem auxílio do corrimão.	Ficar independente e descalço no topo dos quatro degraus.	De pé na base dos quatro degraus, ambos os pés no chão.	Você pode subir os degraus? Desta vez, tente não usar o corrimão.	Desce quatro degraus com os braços livres (sem suporte e sem auxílio do corrimão) alternando os pés.	2
				Desce 2-4 degraus com os braços livres, qualquer padrão.	1
				Incapaz de descer 2 degraus sem auxílio dos braços.	0
Pontuação total					
Este documento é uma tradução livre da Escala Hammersmith Functional Motor Scale Expanded for SMA (HF MSE). Não é validada nem substitui a versão original, em inglês, disponível no endereço eletrônico: http://columbiasma.org/docs/HFMSE_2019_Manual.pdf					

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Data



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante					
3- Nome completo do Paciente*		5- Peso do paciente*					
4- Nome da Mãe do Paciente*		6- Altura do paciente*					
		kg					
		cm					
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
11- Anamnese*							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar:							
13- Atestado de capacidade*							
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento							
Nome do responsável							
14- Nome do médico solicitante*		17- Assinatura e carimbo do médico*					
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*		16- Data da solicitação*					
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR* : <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante							
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____							
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*		20- Telefone(s) para contato do paciente					
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela							
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____							
<input type="checkbox"/> Parda							
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*					
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS							
22- Correio eletrônico do paciente							

*CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO(S) DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO PROFISSIONAL NA FARMÁCIA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)	
UNIDADE SOLICITANTE (CAF OU MUNICÍPIO):	CAF DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO (SE HOUVER):
NOME CIVIL COMPLETO DO(A) PACIENTE SOLICITANTE:	
NOME SOCIAL COMPLETO DO(A) PACIENTE SOLICITANTE:	
CPF:	TELEFONE(S) PARA CONTATO:
MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):	
DATA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS: _____ / _____ / _____	
NÚMERO DO PROCESSO SEI: (OBSERVAÇÃO: PARA PACIENTES JÁ CADASTRADOS NO PROGRAMA, OS NOVOS DOCUMENTOS APRESENTADOS DEVEM SER SEMPRE INSERIDOS NO PROCESSO SEI EXISTENTE, CASO REFERENTES À MESMA CONDIÇÃO CLÍNICA/CHECKLIST)	
NÚMERO DO PROCESSO SIGAF:	
OBSERVAÇÕES:	
_____ NOME LEGÍVEL DO(A) PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ABERTURA DO REQUERIMENTO DE MEDICAMENTOS DO CEAF	

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO USUÁRIO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)
Eu _____ declaro que li e concordo com todas as informações apresentadas no Termo de Adesão sobre a solicitação de medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica. _____ ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL



TERMO DE ADESÃO – AME TIPO II E II

Esse documento tem por objetivo registrar a entrega dos documentos para a solicitação de Nusinersena ou Risdiplam e traz algumas informações úteis ao paciente

O que esse documento indica?

Que seu pedido por um medicamento do Componente Especializado da Assistência foi registrado.

Quais são os próximos passos?

Para acesso ao medicamento, o(a) paciente deverá ser avaliado(a) por equipe multidisciplinar dos Centros de Referência. A equipe do hospital fará contato com o responsável pelo paciente para agendar uma consulta em seus respectivos Ambulatórios para avaliação.

Após isso, um documento será produzido com a resposta ao seu pedido, que poderá ser:

- DEFERIDO: não existiam erros no seu pedido e por isso ele foi aceito. Será possível iniciar o tratamento, desde que tenha disponibilidade do medicamento na farmácia.
- DEVOLVIDO: faltam exames, documentos ou informações no seu pedido e por isso ele precisa ser completado. É preciso que os documentos faltantes sejam entregues em até 90 dias.
- INDEFERIDO: seu pedido não obedece às regras estaduais e federais para conseguir o medicamento. Veja o motivo do indeferimento na resposta e leve o documento ao médico.

Como saber o resultado do meu pedido?

Você pode descobrir o resultado pelo MG APP. Para isso, faça o cadastro no aplicativo, acesse o menu, em seguida vá em “Saúde”, depois “Consulta do Andamento da Solicitação de Medicamentos”. Então insira seus dados e selecione o medicamento que gostaria de consultar.

E em caso de dúvidas?

Em caso de dúvidas, acesse a página www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentosceaf.

Se o pedido for DEFERIDO, o que mais preciso saber?

- A dispensação e/ou aplicação do medicamento ocorrerá nos Centros de Referência. Os procedimentos serão agendados pela equipe do Ambulatório;
- A cada 180 dias (6 meses) é necessário entregar novo Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamentos (LME) e nova receita médica para garantir a continuidade do tratamento;
- Para a reavaliação periódica, é necessário entregar novas documentações (LME, receita médica e outros documentos) à farmácia, de tempos em tempos, para continuidade do tratamento. Caso os novos documentos não sejam entregues, o fornecimento do medicamento poderá ser interrompido;
- Caso o medicamento não seja retirado por 6 meses contínuos, sem uma explicação médica anterior a paralisação, será considerado que houve interrupção ou abandono de tratamento e o pedido será INATIVADO. Nesses casos, para conseguir novamente o medicamento, o paciente deverá fazer um novo pedido;
- Caso o tratamento precise ser paralisado por questões médicas, é necessário entregar relatório médico com o motivo da suspensão antes da próxima data de retirada do medicamento. Além disso, quando for necessário reiniciar o tratamento, será preciso entregar nova LME e receita médica;
- Caso o paciente não possa retirar o medicamento, deverá indicar os representantes por meio da Declaração Autorizadora.

Todos os documentos relativos às solicitações de medicamento(s), uma vez feito o pedido, passam a pertencer à Secretaria Estadual de Saúde. Caso necessário, o usuário/representante poderá solicitar cópias deles.

REGISTRO DA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO

Nome civil do paciente:			
Nome social do paciente:			
Data da solicitação:	/	/	Nº do Processo SIGAF:
Medicamentos solicitados:			
Observações:			
Assinatura do(a) profissional responsável pelo recebimento da solicitação			

Termo de Esclarecimento e Responsabilidade Nusinersena e Risdiplam

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do **nusinersena e risdiplam**, indicado para o tratamento medicamentoso da Atrofia Muscular Espinhal 5q tipos 1 e 2.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- Independência de ventilação mecânica invasiva permanente, definida como < 24 horas de ventilação por dia, continuamente, durante o período do tratamento medicamentoso, exceto por uso em caso de insuficiência respiratória aguda gerada por outras causas que não a AME 5q tipo 1 ou 2;
- Independência de suporte nutricional invasivo durante o período de tratamento; e
- melhora ou estabilização de função motora, definida por critérios estabelecidos em escalas apropriadas.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos pelo uso do medicamento:

Nusinersena

Relacionados à punção lombar e administração intratecal

- Dor de cabeça, náusea, vômitos, dor lombar e infecção. A maioria destes eventos foi reportada no período de 72 horas após o procedimento.
- Sintomas e sinais de hipertensão intracraniana (cefaleia, náusea, vômitos, letargia e edema de papila) e outras complicações à punção lombar e à administração intratecal, como lesão do parênquima nervoso (dor lombar, rigidez de nuca, fraqueza ou mesmo paralisia muscular), dor e febre devidas a infecção, hemorragia e outros sinais de acometimento do sistema nervoso central, como vertigem, sonolência, irritabilidade e convulsões.

Relacionadas à ação do medicamento:

- Baixa do número de plaquetas no sangue e alteração da coagulação sanguínea, após a administração de nusinersena;
- Alteração da função renal foi observada após administração de nusinersena por vias subcutânea e intravenosa, daí ser recomendada a realização do teste de presença de proteína em urina e, em caso de persistência de proteínas urinárias presentes em concentração elevada, deve-se proceder a uma melhor avaliação.;
- Nos estudos de toxicidade realizados em modelos animais (in vivo), não foram observados efeitos relacionados aos órgãos reprodutivos, na fertilidade masculina ou feminina ou no desenvolvimento do embrião ou fetal;
- Os efeitos do tratamento com nusinersena sobre o parto e o trabalho de parto são desconhecidos;
- Inexistem dados de estudos clínicos sobre o tratamento com nusinersena durante a gravidez (período gestacional) em seres humanos. O benefício do tratamento versus risco potencial deve ser discutido com mulheres em idade fértil ou grávidas, pois o nusinersena se inclui na categoria de risco C para gravidez;
- Insuficiência renal e alterações hepáticas não foram estudadas em pacientes em uso de nusinersena.

Risdiplam

Relacionadas à ação do medicamento:

- Nos estudos de toxicidade realizados em modelos animais (in vivo), foram observados efeitos relacionados aos órgãos reprodutivos, na fertilidade masculina ou feminina ou no desenvolvimento do embrião ou fetal. Os pacientes com potencial reprodutivo devem ser informados dos riscos e devem utilizar contracepção altamente eficaz durante o tratamento e até pelo menos 1 mês após a última dose para pacientes do sexo feminino e 4 meses após a última dose para pacientes do sexo masculino;
- Os efeitos do tratamento com risdiplam sobre o parto e o trabalho de parto são desconhecidos;

- O uso durante a gestação ou lactação é contraindicado, uma vez que se inclui na categoria de risco C para gravidez. O risdiplam demonstrou ser embriofetotóxico, teratogênico, sendo excretado no leite em estudos com modelos animais;
- Em pacientes com insuficiência hepática leve ou moderada não houve impacto na farmacocinética, segurança e tolerabilidade de uma dose única de 5 mg de risdiplam, não sendo necessário realizar o ajuste de doses;
- Insuficiência renal, insuficiência hepática grave e idade superior a 60 anos não foram situações estudadas em pacientes em uso de risdiplam.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome de responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
<hr/> Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico responsável:		CRM:	UF:
<hr/> Assinatura e carimbo do médico			
Data: ____ / ____ / ____			

NOTA: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontra o medicamento preconizado neste Protocolo.