

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

FORMULÁRIO DE MONITORAMENTO - DOENÇA DE POMPE**PORTARIA CONJUNTA Nº 12, DE 03 DE AGOSTO DE 2020****PROGRAMA MÍNIMO DE AVALIAÇÕES PARA SEGUIMENTO CLÍNICO DOS PACIENTES EM TRATAMENTO ESPECÍFICO OU NÃO.**

Avaliações monitoramento do paciente	Avaliação Inicial	A cada 6 meses*	Anualmente*
DATA DA AVALIAÇÃO	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Qual o Valor da atividade enzimática? (enzima alfa glicosidase ácida)			
Qual a História médica (evolução do paciente)?			
Houve falha de adesão ao tratamento e ou ao acompanhamento?			
Presença de variantes patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GAA?			
Sobre a Avaliação Nutricional:			
Qual o Peso?			
Qual a Altura?			
Como está o Estado nutricional?			
Qual a Pressão Arterial? (a partir de 3 anos) \$			
Fez Exame Neurológico?**			
Fez Audiometria?			
Fez a Avaliação de disfagia?			
Apresentou o resultado do Ecocardiograma?			
Fez Avaliação com Pneumologista?			
Quantas infusões realizadas no período?			

Para pacientes em TRE.*As demais avaliações devem ser realizadas em períodos determinados pelo médico assistente.****\$A partir de 3 anos ** A força deve ser avaliada por dinamometria.*******A cada 2 anos para pacientes com mais de 10 anos de idade.**

Assinatura e carimbo do médico