FORMULÁRIO DE ACESSO – MIASTENIA GRAVIS

PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 23 DE MAIO DE 2022

Nome do Paciente		
Médico Responsável:	**CRM:**	**UF:**
CID-10:	**Data do preenchimento:**	**/ /**

HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:

_____

_____

_____

_____

É GESTANTE OU LACTANTE? ( ) SIM ( ) NÃO

CLASSIFICAÇÃO CONFORME OSSERMA E GENKINS:

( ) Grupo 1: Ocular
( ) Grupo 2a: Generalizada Leve
( ) Grupo 2b: Generalizada moderada-grave
( ) Grupo 3: Aguda Fulminante
( )Grupo 4: Grave com instalação tardia

CLASSIFICAÇÃO CLINICA DA MYASTHENIA GRAVIS FOUNDATIO OF AMERICA:

( ) CLASSE I (Qualquer fraqueza do músculo ocular; Fraqueza ao fechamento ocular; Força normal em outros músculos)
( ) CLASSE II (Fraqueza menor em outros músculos, além do músculo ocular; Fraqueza do músculo ocular de qualquer gravidade)
( ) IIa Predominantemente, acometendo músculos dos membros, tronco ou ambos. Menor acometimento dos músculos da orofaringe.
( ) IIb Predominantemente, acometendo músculos da orofaringe, respiratórios ou ambos. Menor acometimento dos músculos dos membros, tronco ou ambos.
( ) CLASSE III (Fraqueza moderada em outros músculos, além do músculo ocular; Fraqueza do músculo ocular de qualquer gravidade)
( ) IIIa Predominantemente, acometendo músculos dos membros, tronco ou ambos. Menor acometimento dos músculos da orofaringe.
( ) IIIb Predominantemente, acometendo músculos da orofaringe, respiratórios ou ambos. Menor acometimento dos músculos dos membros, tronco ou ambos.
( ) CLASSE IV (Fraqueza acentuada, acometendo outros músculos além do músculo ocular; Fraqueza do músculo ocular de qualquer gravidade)
( ) IVa Predominantemente, acometendo músculos dos membros, tronco ou ambos. Menor acometimento dos músculos da orofaringe.
( ) IVb Predominantemente, acometendo músculos da orofaringe, respiratórios ou ambos. Menor acometimento dos músculos dos membros, tronco ou ambos. Uso de sonda nasogástrica sem intubação.
( ) CLASSE V (Intubação com ou sem ventilação mecânica, exceto quando usado no cuidado rotineiro no pós-operatório).

DESCREVER SINAIS E SINTOMAS POR GRUPOS MUSCULARES AFETADOS:

GRUPOS MUSCULARES	DESCRIÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS
( ) Músculos dos Olhos	_____
( ) Músculos do Rosto e Pescoço	_____
( ) Músculos dos Membros	_____
( ) Músculos bulbares	_____
( ) Músculos respiratórios	_____
( ) Outros grupos musculares	_____

TRATAMENTO PRÉVIOS (DETALHAR TRATAMENTOS ANTERIORES, INCLUINDO SE JÁ OCORREU PROVA TERAPÊUTICA COM PIRIDOSTIGMINA POR 3 MESES):

_____

_____

_____

JUSTIFICATIVA PARA O TRATAMENTO PRESCRITO (DETALHAR SE O TRATAMENTO É PARA DOENÇA REFRATÁRIA OU CRISE MIASTÊNICA):

_____

_____

_____

_____

OUTRAS INFORMAÇÕES:

_____

_____

_____

Declaro que o paciente não apresenta nenhum dos seguintes critérios de exclusão deste Protocolo:

- **Os pacientes que apresentarem outras formas de miastenia que não forem a MG (conforme diagnóstico diferencial); E**
- **Os pacientes que apresentarem toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou contraindicações absolutas ao uso do respectivo medicamento preconizado ou procedimento preconizados neste Protocolo.**

Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

_____

Assinatura e carimbo do médico