

**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 ACESSO - AME 5Q TIPOS 1 E 2**PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 3, DE 20 DE MARÇO DE 2025**

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

Função respiratória**1) 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/dia, durante: ____ dias.**Observações quanto ao uso de ventilação:**Saturação de O₂: ____ %**Cuidado nutricional****1) Via de alimentação majoritária nos três meses de acompanhamento:**☐ Oral☐ Nutrição enteral por tubo (nasointestinal, nasogástrica, entre outras)☐ Ostomias**2) Consistência da dieta majoritária nos três meses de acompanhamento:**☐ Sólido☐ Pastoso☐ Líquido**3) Medidas antropométricas**

a) Idade ____.

b) Peso ____ kg.

c) Estatura ____ cm.

d) Perímetro cefálico ____ cm.

e) Perímetro braquial ____ cm.

f) Perímetro torácico ____ cm.

4) Estado nutricional

a) Escore Z (Organização Mundial da Saúde) ____

b) Peso por idade ____

c) Altura por idade ____

d) Índice de Massa Corporal ____

Função motora**Classificação da AME : ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Tipo 3 ou 4****Escolha a escala mais adequada à condição clínica do paciente:****Resultado Escala CHOP- INTEND:** _____**Pontos:** _____ **Data da avaliação:** ____/____/____**Resultado escala HFMSE:** _____ **Pontos:** _____**Data da avaliação:** ____/____/____



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

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):

Local: _____

Carimbo e assinatura do médico responsável