

**FICHA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ATROFIA MUSCULAR
ESPINAL (AME)**

Fecha de nac.: ____/____/____	DNI:
-------------------------------	------

(MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)

<p>TIPO DE AME</p> <p>a) TIPO I</p> <p>b) TIPO II</p>
--

Fecha diagnóstico: ____/____/____

Métodos Diagnósticos:

<p>Estudios moleculares: fecha del estudio: ____/____/____</p> <p>Resultado:</p> <p>Lugar de realización:</p>
--

Pautas de Seguimiento

- **Función Motora**

-Escala de seguimiento (el uso de las mismas depende del cuadro clínico del paciente)

CHOP INTEND	Fecha:	Resultado:
HINE	Fecha:	Resultado:
HFMSE	Fecha:	Resultado:

- **Función Respiratoria:**

-Requerimiento de Asistencia Respiratoria (detallar en caso afirmativo, tipo y cantidad de horas promedio diarias y cantidad de días/mes promedio)

-Traqueotomía: SI / NO

- **Función Deglutoria:**

-Tipo de Alimentación: ORAL / SONDA NASOGÁSTRICA / GASTROSTOMÍA

Fecha inicio tratamiento específico: ____/____/____
Médico prescriptor:
Centro de aplicación:
Fecha suspensión de tratamiento específico (en caso afirmativo, detallar el motivo): ____/____/____

Efectos adversos de medicación (en caso afirmativo, detallar tipo y severidad): NO / SI
--



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2020 - Año del General Manuel Belgrano

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: EX-2020-40061724-APN-GGE#SSS - ANEXO III - FICHA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES
CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (AME)

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.