



## FICHA DE TUTELAJE DE PACIENTES CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO:

N° DE  
BENEFICIARIO:

DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO Y N°

FECHA DE  
NACIMIENTO:

Edad:

SEXO: F/M

(MARCAR LA O LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

TIPO DE AME

- a) TIPO I
- b) TIPO II

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Métodos diagnósticos:

Estudios moleculares: Fecha del estudio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Resultado:

Lugar de realización

Pautas de seguimiento

- Función motora:

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

<b>CHOP INTEND</b>	Fecha:	Resultado:
<b>HINE</b>	Fecha:	Resultado:
<b>HFMSE</b>	Fecha:	Resultado:



Obra Social del Personal de Seguridad Comercial  
Industrial e Investigaciones Privadas  
Rnos 1-1970-8

- **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):

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Progresión de la enfermedad: NO / SI

Efectos adversos de medicación (en caso afirmativo, detallar tipo y severidad):

NO / SI

---

Firma y Sello Médico