



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____								
2	HISTÓRIA CLÍNICA 2.1 Características clínicas e evolução da doença: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 2.2 Descrever os achados clínicos relacionados à perda de Neurônios Motores Superiores (NMS) e Inferiores (NMI) nas seguintes regiões: <table border="1"><tr><td>Bulbar</td><td></td></tr><tr><td>Cervical</td><td></td></tr><tr><td>Torácica</td><td></td></tr><tr><td>Lombossacral</td><td></td></tr></table>	Bulbar		Cervical		Torácica		Lombossacral	
Bulbar									
Cervical									
Torácica									
Lombossacral									
3	INFORMAR O DIAGNÓSTICO SEGUNDO CRITÉRIOS DE EL ESCORIAL: <input type="checkbox"/> ELA definitiva – Sinais de NMS e NMI em TRÊS regiões (bulbar, cervical, torácica ou lombossacral). <input type="checkbox"/> ELA provável – Sinais de NMS e NMI em DUAS regiões (bulbar, cervical, torácica ou lombossacral) com algum sinal de NMS rostral aos sinais de NMI. <input type="checkbox"/> ELA provável com suporte laboratorial – Sinais de NMS e NMI em uma região ou sinais de NMS em UMA OU MAIS regiões, associados à evidência de denervação aguda na eletroneuromiografia em dois ou mais segmentos. <input type="checkbox"/> ELA possível – Sinais de NMS e NMI em UMA região somente. <input type="checkbox"/> ELA suspeita – Sinais de NMI em UMA OU MAIS regiões (bulbar, cervical, torácica ou lombossacral). Sinais de NMS em UMA OU MAIS regiões (bulbar, cervical, torácica ou lombossacral).								



4	INFORMAR CASO PACIENTE SE INCLUA EM ALGUM DOS SEGUINTE CASOS ESPECIAIS, CONFORME PCDT: <input type="checkbox"/> Atrofia muscular progressiva (AMP) Manifesta-se clinicamente com fraqueza, atrofia e fasciculações, geralmente de início nos membros superiores, envolvendo, progressivamente, membros inferiores e região bulbar. Inexistem indícios de liberação piramidal. Os reflexos profundos são abolidos. O principal diagnóstico diferencial deve ser feito com neuropatia motora pura. Os dois grupos de doenças são difíceis de se distinguir sob critérios puramente clínicos ou até de ENMG. A única forma de distinção é no post mortem, pela demonstração da perda de células do corno anterior da medula. <input type="checkbox"/> Esclerose lateral primária (ELP) A ELP, doença pura do NMS, caracteriza-se por surto insidioso, de evolução lenta, sem história ou evidência de acometimento de qualquer outra parte do sistema nervoso exceto os tratos córtico-bulbar e córtico-espinhal. Inexiste evidência, pelo menos nas etapas iniciais da doença, de acometimento, tanto clínico quanto eletroneuromiográfico, do NMI. Clinicamente manifesta-se com quadriparesia espástica, reflexos tendíneos profundos exaltados, sinal de Babinski bilateral, disartria espástica e labilidade emocional (quadro pseudobulbar). <input type="checkbox"/> Paralisia bulbar progressiva (PBP) A PBP, relacionada a acometimento dos neurônios do tronco cerebral, caracteriza-se por comprometimento predominante da musculatura de inervação bulbar, com ou sem lesão do NMS. Disartria e disfagia são os sintomas predominantes, acompanhando-se de fraqueza, atrofia e fasciculações de língua. Comprometimento moderado da musculatura do pescoço pode ser encontrado. Associadamente, sinais de acometimento do NMS ou labilidade emocional são frequentes. <input type="checkbox"/> Atrofia muscular bulboespinhal (doença de Kennedy) Os principais aspectos que diferenciam a doença de Kennedy da ELA são a quase exclusividade da ocorrência entre homens, a progressão lenta dos sintomas e a ausência de sinais do NMS. A proeminência de fasciculações em musculatura bulbar e sinais de insensibilidade androgênica promove ginecomastia, resistência à insulina, diabetes melito e doenças da tireoide. O fenômeno conhecido como ativação aleatória do cromossomo X torna possível o achado de mulheres heterozigotas oligossintomáticas.
5	INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <input type="checkbox"/> Insuficiência renal <input type="checkbox"/> Ventilação assistida <input type="checkbox"/> Distúrbios visuais, autonômicos, esfinterianos <input type="checkbox"/> Outras formas de doença do corno anterior medular <input type="checkbox"/> Outra doença grave ou incapacitante, incurável ou potencialmente fatal <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática <input type="checkbox"/> Demência <input type="checkbox"/> Gravidez/Amamentação <input type="checkbox"/> Hipersensibilidade ao medicamento
6	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____
7	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>