



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – MIASTENIA GRAVIS

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA: _____ _____ _____ _____ _____
3	É GESTANTE OU LACTANTE? ☐ SIM ☐ NÃO
4	CLASSIFICAÇÃO CONFORME OSSERMA E GENKINS: ☐ Grupo 1: Ocular ☐ Grupo 3: Aguda Fulminante ☐ Grupo 2a: Generalizada Leve ☐ Grupo 4: Grave com instalação tardia ☐ Grupo 2b: Generalizada moderada-grave
5	CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA 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).



6	DESCREVER SINAIS E SINTOMAS POR GRUPOS MUSCULARES AFETADOS: <table border="1"><thead><tr><th>GRUPOS MUSCULARES</th><th>DESCRIÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ Músculos dos Olhos</td><td></td></tr><tr><td>☐ Músculos do Rosto e Pescoço</td><td></td></tr><tr><td>☐ Músculos dos Membros</td><td></td></tr><tr><td>☐ Músculos bulbares</td><td></td></tr><tr><td>☐ Músculos respiratórios</td><td></td></tr><tr><td>☐ Outros grupos musculares</td><td></td></tr></tbody></table>	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	
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															
7	TRATAMENTO PRÉVIOS (DETALHAR TRATAMENTOS ANTERIORES, INCLUINDO SE JÁ OCORREU PROVA TERAPÊUTICA COM PIRIDOSTIGMINA POR 3 MESES): 														
8	JUSTIFICATIVA PARA O TRATAMENTO PRESCRITO (DETALHAR SE O TRATAMENTO É PARA DOENÇA REFRATÁRIA OU CRISE MIASTENICA): 														
9	OUTRAS INFORMAÇÕES: 														
10	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico														