

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

ATROFIA MUSCULAR ESPINAL

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ Edad: _____

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO

Marcar con una X lo que corresponda

Fecha de diagnóstico: ____ / ____ / ____

☐

AME Tipo I

☐

AME Tipo IV

☐

AME Tipo II

☐

AME Tipo V

☐

AME Tipo III

FUNDAMENTO TERAPEUTICO

☐

Estudio genético (fecha y resultado): _____

☐

Dictamen favorable CONAME

☐

Traqueostomía

☐

Función Deglutoria

☐

Oral

☐

Sonda nasogastrica/nasoesteral

☐

Botón gástrico

☐

Requiere soporte respiratorio

Cantidad de horas: _____

☐

Escala CHOP-INTEND

Valor basal: _____ Valor actual: _____

☐

HFMSE (Escala Motora Funcional de Hammersmith versión extendida)

Valor basal: _____ Valor actual: _____

☐

Escala HINE (Hammersmith Infant Neurological Examination Section 2)

Valor basal: _____ Valor actual: _____

TRATAMIENTO SOLICITADO

DROGA	DOSIS	FRECUENCIA	FECHA DE INICIO

- Lugar y fecha aplicación:

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

- Fecha suspensión de tratamiento específico (en caso afirmativo, detallar el motivo):

**FIRMA Y SELLO
MÉDICO TRATANTE**



FECHA DE EMISIÓN: _____