

## CHECK-LIST MYOSPAIN

	Basal	12 meses	24 meses
Hoja información y consentimiento informado	X		
EMG*	X		
Biopsia muscular*	X		
Ecocardiograma	X	X <sup>‡</sup>	X <sup>‡</sup>
ECG	X		
PFR <sup>¶</sup>	X	X	X
Analítica <sup>†</sup>	X	X	X
Rx tórax	X		
TACAR (si sospecha de EPID)*	X	X	X
MMT8	X	X	X
MYOACT	X	X	X
Valoración de la actividad global de la enfermedad por médico y paciente/padres	X	X	X
MDI	X	X	X
Valoración del daño global de la enfermedad por médico y paciente/padres	X	X	X
HAQ (CHAQ en niños)	X	X	X
SF-12	X	X	X

\*Según criterio clínico (si no se ha realizado previamente)

¶Incluye: espirometría, pletismografía, DLCO

†Incluye ferritina, PCR, VSG, bioquímica con determinación de función hepática, LDH, CPK, y panel inmunológico de miositis (según criterio clínico y disponibilidad en centro propio o de referencia, si no realizado previamente)

‡Si sospecha de hipertensión pulmonar