



**Formulário para Acesso ao Medicamento de
Mucopolissacaridose Tipo VII
PORTARIA CONJUNTA Nº 08, DE 21 DE MAIO DE 2021**

Nome do Paciente: _____ Data ____/____/____
Cartão SUS Nº: _____ Data de Nasc: ____/____/____ Sexo: Masc. () Femin ()
Nome do Médico Responsável _____ CRM _____ UF: _____
Serviço: _____ Cidade: _____

Obrigatório preencher pelo menos UMA alternativa por item, como critério de inclusão do PCDT/MS:

1. O(A) paciente deve apresentar pelo menos um dos sinais e sintomas abaixo relacionados:

- () características faciais sugestivas de doença lisossômica (face infiltrada ou de “depósito”);
- () infecções respiratórias superiores precoces e de repetição, incluindo otite média, excluídas outras causas mais frequentes;
- () perda auditiva;
- () diminuição da velocidade de crescimento;
- () hepatoesplenomegalia, excluídas outras causas mais frequentes;
- () hérnias;
- () hidropisia fetal;
- () alterações esqueléticas ou articulares típicas [disostose múltipla, giba, limitação da amplitude de movimento (AM) das articulações];
- () mãos em garra;
- () alterações cardíacas valvares ou cardiomiopatia;
- () achados oculares característicos (opacificação bilateral da córnea);
- () irmã (ão) com MPS VII.

2. Paciente já em uso de terapia de reposição enzimática com Alfavestronidase?

- () Não
- () Sim, neste caso:
 - Há quanto tempo? _____
 - Dosagem de GAG urinários antes e após o início do tratamento: _____
 - Apresentou alguma reação adversa? Qual? _____

Declaro, para os devidos fins de solicitação de Alfavestronidase, que o paciente não apresenta nenhuma contraindicação para uso do medicamento prescrito.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)