

FORMULÁRIO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA Amiloidoses Associadas à Transtirretina

Nome do Paciente: _____	Idade: _____	
Serviço: _____	Cidade: _____	Data: ____/____/____
Médico Responsável: _____	CRM: _____	UF: _____

1. Qual o CID-10 indicado pelo médico do (a) paciente?

- E85.0 Amiloidose heredofamiliar não-neuropática
 E85.1 Amiloidose heredofamiliar neuropática
 E85.8 Outras amiloidoses

2. Qual tipo de amiloidose do (a) paciente?

- Hereditária (familiar) - anexar exame com presença de variante patogênica no gene TTR.
 Selvagem - anexar exame complementar (eletrocardiograma, ecocardiografia transtorácica, dosagem de troponina, entre outros)

3. Para Polineuropatia amiloide associada à transtirretina (ATTR-PN) (E85.1)

3.1 O (A) paciente foi submetido (a) a transplante hepático?

- Sim
 Não

3.2 Qual o estágio Coutinho da doença do (a) paciente?

- Estágio I (estágio inicial)
 Estágio II (estágio intermediário)
 Estágio III (estágio avançado)

4. Para Cardiomiopatia amiloide associada à transtirretina (ATTR-CM)

4.1 Paciente apresenta cardiomiopatia?

- Sim - anexar exame de peptídeo natriurético cerebral (BNP) ou NT-próBNP (porção N-terminal do precursor de BNP) ou níveis de troponina.
 Não

4.2 Qual a classificação da New York Heart Association (NYHA) do (a) paciente?

- NYHA I NYHA II NYHA III NYHA IV

5. O (A) paciente deve apresentar pelo menos um dos sinais e sintomas abaixo relacionados. Assinalar com um X a (as) condição (ões) do (a) paciente.

- histórico familiar de neuropatia;
 disfunção autonômica precoce (disfunção erétil ou hipotensão postural);
 envolvimento cardíaco (hipertrofia cardíaca, arritmia, bloqueio atrioventricular ou cardiomiopatia);
 alterações gastrointestinais (diarreia, constipação com episódios de alternância e perda de peso inexplicada
 síndrome do túnel do carpo bilateral (especialmente se também está presente em membros da família);
 anormalidades renais (por exemplo: albuminúria ou azotemia leve);
 opacidade do vítreo;
 rápida progressão da doença;
 falha à resposta ao tratamento com imunomoduladores.

Declaro, para os devidos fins, que o (a) paciente não apresenta critérios de exclusão e satisfaz os critérios de inclusão.

Assinatura e carimbo do médico