

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

FORMULÁRIO DE ACESSO - LINFANGIOLEIOMIOMATOSE (DOENÇA DE LAM)**PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 12 DE AGOSTO DE 2021**

Nome do Paciente:			
Médico Responsável:		CRM:	UF:
CID-10:	Data do preenchimento: / /		

1. Qual critério clínico o paciente apresenta?

Paciente com mais de 18 anos e com diagnóstico de LAM que apresente pelo menos um dos critérios a seguir. Assinalar com um X.

- ☐ VEF1 inferior a 70% do predito;
- ☐ Declínio funcional avaliado com, pelo menos, 3 medidas de VEF1 ao longo de, no mínimo, 6 meses;
- ☐ Presença de acúmulos quilosos sintomáticos antes de considerar tratamentos invasivos como drenagens percutâneas intermitentes e inserção de dispositivos de drenagem permanentes.

2. Qual o achado diagnóstico, através dos exames complementares, o(a) paciente apresenta?

Assinalar com um X e apresentar o laudo do exame.

- ☐ Presença do Complexo de Esclerose Tuberosa (TSC);
- ☐ Presença de Angiomiolipomas renais à TC ou ressonância magnética de abdômen;
- ☐ Presença de Linfangioleiomiomas (ou linfangiomas) à TC ou ressonância magnética de abdômen e pelve;
- ☐ Presença de Efusões Quilosas (quilotórax ou ascite quilosa);
- ☐ Exame Citopatológico positivo para células LAM em exame de efusões quilosas ou linfonodos;
- ☐ Exame Histopatológico de material obtido por biópsia pulmonar (transbrônquica ou cirúrgica) diagnóstico de LAM – se dado como necessário para o diagnóstico definitivo.
- ☐ Mulheres jovens de meia-idade com dispneia progressiva, associada ou não a pneumotórax ou quilotórax.
- ☐ Paciente apresenta um distúrbio obstrutivo nos testes de função pulmonar (TFP).

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas. Bem como declaro que paciente não apresenta critério de exclusão e contraindicação ao medicamento solicitado conforme PCDT da patologia.

Carimbo e assinatura do médico assistente