

**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 PARA ACESSO - MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VII**PORTARIA CONJUNTA Nº 08, DE 21 DE MAIO DE 2021**

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

Obrigatório preencher pelo menos UMA alternativa por item, como critério de inclusão do PCDT.**1. Qual dos sinais e sintomas abaixo relacionados o(a) paciente apresenta?**

- ☐ 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);
- ☐ irmão(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 e nem critério de exclusão conforme PCDT.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)