



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO  
POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE  
LINFANGIOLEIOMIOMATOSE**  
Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 13, de 12 de agosto de 2021



Declaro, para os devidos fins de solicitação de **Sirolimo**, que **a(o) paciente** \_\_\_\_\_, preenche os critérios de inclusão abaixo:

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

**1.** Para confirmar o diagnóstico de LAM a(o) paciente deve preencher o primeiro item **como critério OBRIGATÓRIO:**

( ) Paciente apresenta suspeita clínica e resultado de tomografia de tórax com alterações características;

E pelo menos **um** dos achados abaixo:

- ( ) 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).

**2.** Pacientes **sintomáticos**, porém que **NÃO preencheram critério de inclusão** (VEF1 normal ou ligeiramente reduzido) devem assinalar pelo menos uma das seguintes alterações:

- ( ) Evidência de anormalidade da função pulmonar: volume residual elevado (>120 do predito) ou capacidade de difusão reduzida (<80%);
- ( ) Evidência de anormalidade da troca gasosa: dessaturação induzida por exercício (<89%) ou hipoxemia em repouso (PaO<sub>2</sub> < 70 mmHg);
- ( ) Angiolipoma renal > 4 cm de diâmetro em pacientes sem indicação de embolização ou ressecção cirúrgica como tratamento preferencial.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da(o) médica(o)

\_\_\_\_\_  
Local e data