



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO  
POR MEIO DO CEF/SC PARA O TRATAMENTO DE  
MUCOPOLISSACARIDOSE VII**

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 08, de 21 de maio de 2021



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

**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? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

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