



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO  
POR MEIO DO CEAFF/SC PARA O TRATAMENTO DE  
MUCOPOLISSACARIDOSE VI**

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 20, de 05 de dezembro de 2019



Declaro, para os devidos fins de solicitação de **Galsulfase**, 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 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;
- ( ) alterações esqueléticas ou articulares típicas [disostose múltipla, giba, limitação da amplitude de movimento (AM) das articulações];
- ( ) mãos em garra;
- ( ) achados oculares característicos (opacificação bilateral da córnea);
- ( ) irmão de qualquer sexo com MPS VI.

**2. Qual a idade do paciente?**

- ( ) 0 a 6 anos
- ( ) 7 anos ou mais, neste caso:
  - ( ) paciente ambulante e capazes de percorrer, sem ajuda, pelo menos 5 metros nos 6 primeiros minutos do Teste da Caminhada de 6 minutos (TC6M) - **anexar Teste de Caminhada de 6 Minutos;**
  - ( ) paciente capaz de realizar espirometria - **anexar exame e laudo de espirometria.**

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

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