FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE DOENÇA DE POMPE

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 12, de 03 de agosto de 2020

Declaro, para os devidos fins de solicitação de **Alfa-alglicosidase**, 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:

( ) hipotonia muscular importante, especialmente fraqueza muscular proximal em membros superiores e inferiores e em tronco;
( ) atraso do desenvolvimento motor;
( ) insuficiência respiratória grave, avaliada clinicamente;
( ) cardiomiopatia hipertrófica;
( ) cardiomegalia;
( ) disfagia e distúrbios de deglutição;
( ) macroglossia;
( ) hepatomegalia;
( ) irmão de qualquer sexo com DP;
( ) níveis elevados de creatinoquinase (CK) - **Anexar resultado de exame laboratorial**;
( ) biópsia muscular com presença de vacúolos citoplasmáticos mostrando aumento da atividade lisossomal à reação pela fosfatase ácida e aumento do conteúdo de glicogênio pela coloração de ácido periódico de Schiff (PAS-positivo) - **Anexar laudo de exame de biópsia**.

2. O(a) paciente possui Doença de Pompe:

( ) Precoce (grupo A e B) ( ) Tardia (grupo C e D)

3. Idade do início do(s) sinal(is) e sintoma(s) no(a) paciente:

( ) Menos de 1 mês;
( ) 1 mês;
( ) 2 meses;
( ) 3 meses;
( ) 4 meses;
( ) 5 meses;
( ) 6 meses;
( ) 7 meses;
( ) 8 meses;
( ) 9 meses;
( ) 10 meses;
( ) 11 meses;
( ) 12 meses;
( ) Mais de 12 meses;

_____ _____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a) Local e data