



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO  
POR MEIO DO CEF/SC PARA O TRATAMENTO DE  
POLINEUROPATIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR (PAF)**

Portaria Conjunta SAS/SC/IE/MS nº 22, de 2 de outubro de 2018



Declaro, para os devidos fins de solicitação de **Tafamidis 20 mg**, 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. Estágio clínico da doença:**

- ( ) Estágio I (estágio inicial)
- ( ) Estágio II (estágio intermediário)
- ( ) Estágio III (estágio avançado)

**2. O(A) paciente foi submetido a transplante hepático?**

- ( ) Sim
- ( ) Não

**3. Além da ocorrência de polineuropatia sensitivo-motora progressiva periférica, o(a) paciente deve apresentar pelo menos **um** dos sinais e sintomas abaixo relacionados:**

- ( ) histórico familiar de neuropatia;
- ( ) disfunção autonômica precoce (por exemplo: disfunção erétil ou hipotensão postural);
- ( ) envolvimento cardíaco (hipertrofia cardíaca, arritmia, bloqueio atrioventricular ou cardiomiopatia);
- ( ) diarreia;
- ( ) constipação;
- ( ) episódios alternados de constipação e diarreia;
- ( ) perda de peso inexplicada;
- ( ) síndrome do túnel do carpo bilateral (especialmente se também está presente em membros da família);
- ( ) anormalidades renais (por exemplo: albuminúria ou azotemia leve);
- ( ) opacidade do vítreo;
- ( ) rápida progressão da doença;
- ( ) falha à resposta ao tratamento com imunomoduladores.

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

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