

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO DOENÇA DE FABRY

Alfagalsidase
E75.2

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão (Geneticista, Neurologista, Cardiologista ou Nefrologista.), vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).
2. **RECEITA MÉDICA**, pelo o nome do medicamento (DCB = nome genérico), apresentação, dosagem, posologia e data.
3. **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** Via **original**.
4. **CÓPIA DE EXAMES** complementares recentes que confirmem o diagnóstico:
 - ✓ Exame Genético: comprovando mutação patogênica do gene que codifica a enzima α GAL-A; OU;
 - ✓ Exames laboratoriais: medida da atividade da enzima α GAL-A em plasma ou leucócitos a partir do sangue periférico ou cultura de fibroblastos (sexo masculino); níveis de GL-3 plasmáticos ou no sedimento urinário de 24 horas (sexo feminino).
 - ✓ Relatório médico descrevendo sinais e/ou sintomas de suspeita clínica (fenótipo clássico, com sintomas ou sinais precoces de envolvimento de órgãos-alvo).
 - ✓ Albuminúria ou Proteinúria
 - ✓ Biópsia renal

PARA O SEXO FEMININO: Análise do DNA para enzima α GAL-A da paciente ou familiar acometido OU análise urinária ou histológica de GL-3 e biópsia de pele (angioqueratoma confirmado por biópsia) ou exame oftalmológico (córnea verticilata).

PARA O SEXO MASCULINO: Laudo do exame da atividade da enzima α GAL-A OU Análise do DNA para enzima α GAL-A;

PARA ADULTOS (> 18 ANOS): albumina ou proteína urinária OU biópsia renal OU Taxa de filtração glomerular – TFG (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica)

PARA CRIANÇAS DE 7 a 17 ANOS: Relatório médico com descrição de sintomas (independentemente do sexo), mesmo na presença de sintomas leves OU biópsia renal.
5. **CÓPIA DE DOCUMENTOS** do paciente: **R.G, CPF e Cartão do SUS**.

Cópia dos documentos pessoais do responsável legal e curatela, caso o paciente seja incapaz ou menor.
6. **CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente.

- **LAUDO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS LME:**

Todos os campos deverão estar preenchidos.

Utilizar nome genérico do(s) medicamento(s)- não serão protocolados pedidos identificados pelo nome comercial.

Todas as solicitações de medicamentos deverão estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013 e suas atualizações.

Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas.