

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO IV A

ALFAELOSULFASE

E76.2

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico **especialista** para a patologia em questão.
2. **RECEITA MÉDICA**, contendo 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:
 - **Relatório médico:** descrevendo sinais e sintomas de suspeita clínica.
 - Atividade da enzima GALNS (N-acetilgalactosamina-6-sulfatase) < 10% do limite inferior dos valores de referência em fibroblastos ou leucócitos e atividade de pelo menos uma outra sulfatase (arilsulfatase A, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) avaliada na mesma amostra, pelo mesmo método, apresentando valores normais. **OU**
 - Atividade da enzima GALNS (N-acetilgalactosamina-6-sulfatase) < 10% do limite inferior dos valores de referência em papel filtro, fibroblastos ou leucócitos e presença de mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GALNS.
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.