

ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO

MUCOPOLISSACARIDOSE TIPO VII

ALFAVESTRONIDASE

E76.2

1. **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos original preenchida e assinada por médico geneticista ou neurologista, vinculado ao estabelecimento de saúde (CNES).

Obs: TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS.

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;
- ✓ Dosagem urinária de GAG totais aumentada ou aumento da excreção urinária de SH e SD; E
- ✓ Atividade da GUSB < 10% do limite inferior dos valores de referência em fibroblastos ou leucócitos ou sangue impregnado em papel-filtro; E
- ✓ Atividade da IDUA e da IDS, avaliadas na mesma amostra que a GUSB deficiente, apresentando valores normais; OU
- ✓ Presença de variantes patogênicas em homozigose ou heterozigose composta no gene GUSB.

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.