



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – POLINEUROPATHIA AMILOIDÓTICA FAMILIAR

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____		
2	<b>HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:</b> _____ _____ _____ _____ _____		
3	<b>O PACIENTE APRESENTA HISTÓRICO FAMILIAR DA DOENÇA?</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
4	<b>INFORMAR O ESTÁGIO DA DOENÇA DE ACORDO COM A GRAVIDADE DOS SINTOMAS:</b>		
	ESTÁGIO	SINTOMAS	ESCORE DA INCAPACIDADE POLINEUROPÁTICA
	<input type="checkbox"/> Estágio 0	Assintomático.	-
	<input type="checkbox"/> Estágio I (Estágio Inicial)	Leve, ambulatorial, sintomas limitados aos membros inferiores.	I. Distúrbios sensitivos nas extremidades, contudo a capacidade de deambulação encontra-se preservada. II. Dificuldade para deambulação, porém sem a necessidade de bengala.
	<input type="checkbox"/> Estágio II (Estágio Intermediário)	Moderado, deterioração neuropática adicional, ambulatorial mas requer assistência.	IIIa. Necessário uma bengala ou muleta para deambulação. IIIb. Necessário duas bengalas ou duas muletas para deambulação.
	<input type="checkbox"/> Estágio III (Estágio Avançado)	Grave, acamado/cadeira de rodas, com fraqueza generalizada.	IV. Paciente confiado à cadeira de rodas ou cama.
5	<b>INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS SITUAÇÕES CLÍNICAS ABAIXO:</b> <input type="checkbox"/> Transplantado do fígado por amiloidose associada à TTR; <input type="checkbox"/> Gestação e/ou Lactação; <input type="checkbox"/> Hipersensibilidade conhecida ao Tafamidis Meglumina.		
6	<b>OUTRAS INFORMAÇÕES:</b> _____ _____		
7	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b> Data de preenchimento: _____ / _____ / _____ Assinatura e carimbo: _____ Médico		