



**FORMULÁRIO ESPECÍFICO – MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO IV A (MPS IV A)
TRATAMENTO COM ALFAELOSULFASE**

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	IDADE: _____
3	PRESSÃO ARTERIAL: _____ HEPATIMETRIA (exame físico): _____ _____
4	DESCRIÇÃO DETALHADA DA HISTÓRIA MÉDICA, E EVOLUÇÃO DA DOENÇA, SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
5	ASSINALAR OS SINAIS/SINTOMAS APRESENTADOS NO MOMENTO PELO PACIENTE: ☐ Baixa estatura desproporcionada (tronco curto); ☐ Estudo radiológico sugestivo de displasia espondiloepifisária, pseudocondroplasia, displasia epifisária múltipla, doença de Legg Calvé-Perthers bilateral (apresentar laudo de exame comprobatório); ☐ Alterações articulares bilaterais (frouxidão, rigidez, dor, contraturas, subluxação); ☐ Opacificação bilateral de córnea; ☐ Aumento de GAGs na urina (apresentar exame comprobatório – validade 6 meses); ☐ Irmão de qualquer sexo com MPS IV A.
6	OUTRAS INFORMAÇÕES: _____ _____ _____
7	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico