



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO VI (MPS VI) TRATAMENTO COM GALSULFASE

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	IDADE: _____
3	DESCRIÇÃO DETALHADA DA HISTÓRIA MÉDICA, E EVOLUÇÃO DA DOENÇA, SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	ASSINALAR OS SINAIS/SINTOMAS APRESENTADOS NO MOMENTO PELO PACIENTE: ☐ Características faciais sugestivas de doença lisossômica (face de “depósito”); ☐ Infecções respiratórias superiores precoces e de repetição, incluindo otite média, excluídas outras causas mais frequentes; ☐ Perda auditiva; ☐ Diminuição da velocidade de crescimento; ☐ Hepatoesplenomegalia, excluídas outras causas mais frequentes; ☐ Hérnias; especificar: _____ ☐ Alterações esqueléticas ou articulares típicas (disostose múltipla, giba, limitação da amplitude de movimento (AM) das articulações); ☐ Mãos em garra; ☐ Achados oculares característicos (opacificação bilateral da córnea); ☐ Irmão de qualquer sexo com MPS VI.
5	OUTRAS INFORMAÇÕES: _____ _____ _____
6	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico