



**FORMULÁRIO ESPECÍFICO – MUCOPOLISSACARIDOSE DO TIPO VII (MPS VII)  
TRATAMENTO COM ALFAVESTRONIDASE**

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