



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

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	IDADE: _____
3	 DESCRIÇÃO DETAZHADA DA HISTÓRIA MEDICA, E EVOLUÇÃO DA DOENÇA, SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS: _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	ASSINALAR OS SINAIS/SINTOMAS APRESENTADOS NO MOMENTO PELO PACIENTE: <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"/> Hidropsia 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.
5	OUTRAS INFORMAÇÕES: _____
6	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: _____ / _____ / _____ Assinatura e carimbo: _____ Médico