



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – AMILOIDOSES ASSOCIADAS À TRANSTIRRETINA

<b>1</b>	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>IDADE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____																				
<b>2</b>	<b>HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:</b> _____ _____ _____ _____																				
<b>3</b>	<b>SELECIONE O(S) QUADRO(S) CLÍNICO(S) APRESENTADO(S):</b> <input type="checkbox"/> Polineuropatia amiloide associada à transtirretina (ATTR-PN) <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia amiloide associada à transtirretina (ATTR-CM) <input type="checkbox"/> Fenótipo misto (ATTR-PN e ATTR-CM)																				
<b>4</b>	<b>SELECIONE A CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA EM CONCORDÂNCIA COM COMPROMETIMENTO DA DOENÇA:</b>  <b>4.1 PARA PACIENTES COM ATTR-PN:</b> <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Estágios de Coutinho</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Estágio 0: Assintomático</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Estágio I (estágio inicial): neuropatia sensorial e motora limitada aos membros inferiores. Comprometimento motor leve. Deambulação sem auxílio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Estágio II (estágio intermediário): é necessário auxílio para marcha. A neuropatia progride para membros superiores e tronco. Amiotrofia em membros superiores e inferiores. Comprometimento motor moderado.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Estágio III (estágio avançado): estágio terminal, acamado ou em cadeira de rodas. Neuropatia sensorial, motora e autonômica grave em todos os membros.</td></tr></tbody></table> <b>4.2 PARA PACIENTES COM ATTR-CM:</b> <table border="1"><thead><tr><th colspan="2">Classe NYHA</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>I Sem limitações para realização de atividade física. Atividades habituais não causam dispneia, cansaço, palpitações.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>II Discreta limitação para realização de atividade física. Atividades habituais causam dispneia, cansaço, palpitações.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>III Importante limitação para realização de atividade física. Atividades de intensidades inferiores causam dispneia, cansaço, palpitações.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>IV Limitações para realização de qualquer atividade física. Sintomas de insuficiência cardíaca podem ocorrer em repouso.</td></tr></tbody></table>	Estágios de Coutinho		<input type="checkbox"/>	Estágio 0: Assintomático	<input type="checkbox"/>	Estágio I (estágio inicial): neuropatia sensorial e motora limitada aos membros inferiores. Comprometimento motor leve. Deambulação sem auxílio.	<input type="checkbox"/>	Estágio II (estágio intermediário): é necessário auxílio para marcha. A neuropatia progride para membros superiores e tronco. Amiotrofia em membros superiores e inferiores. Comprometimento motor moderado.	<input type="checkbox"/>	Estágio III (estágio avançado): estágio terminal, acamado ou em cadeira de rodas. Neuropatia sensorial, motora e autonômica grave em todos os membros.	Classe NYHA		<input type="checkbox"/>	I Sem limitações para realização de atividade física. Atividades habituais não causam dispneia, cansaço, palpitações.	<input type="checkbox"/>	II Discreta limitação para realização de atividade física. Atividades habituais causam dispneia, cansaço, palpitações.	<input type="checkbox"/>	III Importante limitação para realização de atividade física. Atividades de intensidades inferiores causam dispneia, cansaço, palpitações.	<input type="checkbox"/>	IV Limitações para realização de qualquer atividade física. Sintomas de insuficiência cardíaca podem ocorrer em repouso.
Estágios de Coutinho																					
<input type="checkbox"/>	Estágio 0: Assintomático																				
<input type="checkbox"/>	Estágio I (estágio inicial): neuropatia sensorial e motora limitada aos membros inferiores. Comprometimento motor leve. Deambulação sem auxílio.																				
<input type="checkbox"/>	Estágio II (estágio intermediário): é necessário auxílio para marcha. A neuropatia progride para membros superiores e tronco. Amiotrofia em membros superiores e inferiores. Comprometimento motor moderado.																				
<input type="checkbox"/>	Estágio III (estágio avançado): estágio terminal, acamado ou em cadeira de rodas. Neuropatia sensorial, motora e autonômica grave em todos os membros.																				
Classe NYHA																					
<input type="checkbox"/>	I Sem limitações para realização de atividade física. Atividades habituais não causam dispneia, cansaço, palpitações.																				
<input type="checkbox"/>	II Discreta limitação para realização de atividade física. Atividades habituais causam dispneia, cansaço, palpitações.																				
<input type="checkbox"/>	III Importante limitação para realização de atividade física. Atividades de intensidades inferiores causam dispneia, cansaço, palpitações.																				
<input type="checkbox"/>	IV Limitações para realização de qualquer atividade física. Sintomas de insuficiência cardíaca podem ocorrer em repouso.																				



<b>5</b>	<b>INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA(S) DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</b>
	Histórico familiar de neuropatia <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Disfunção autonômica precoce (disfunção erétil ou hipotensão postural) <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Envolvimento cardíaco (cardiomiopatia, hipertrofia, bloqueio atrioventricular e arritmia) <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Alterações gastrointestinais (diarreia, constipação com episódios de alternância e perda de peso inexplicada) <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Síndrome do túnel do carpo bilateral <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Anormalidades renais <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Opacidade do vítreo <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Histórico familiar de neuropatia <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada (ICFEp) <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Bloqueio atrioventricular inexplicado com implante prévio de marca-passo <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Miocardopatia hipertrófica iniciada tardiamente com padrão assimétrico <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Estenose aórtica e pacientes idosos com baixo fluxo/baixo gradiente <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Estenose do canal vertebral ou ruptura do tendão do bíceps <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Polineuropatia sensorial-motora não explicada <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Disfunção autonômica, com hipotensão postural, diarreia pós-prandial alternando com constipação, disfunção erétil <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Alterações pupilares <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	História familiar de polineuropatia ou miocardopatia <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Transplante hepático <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
	Gravidez <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>
Lactante <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>	
Doença de Fabry <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>	
Doença de Pompe <span style="float: right;">SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></span>	
<b>6</b>	<b>EM CASO DE TROCA DE MEDICAMENTO, INFORMAR JUSTIFICATIVA DA CONDUTA TERAPÊUTICA:</b> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>7</b>	<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b> <hr/> <hr/>
<b>8</b>	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b>  Data de preenchimento: ____ / ____ / ____  Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>