



ORIENTAÇÕES DE SOLICITAÇÃO MULTIPOLISSACARIDOSE DO TIPO VI

(GALSULFASE 1mg/ml)

Via **original** do **LAUDO MÉDICO** para solicitação de medicamentos preenchida e assinada por médico especialista para a patologia em questão.

Obs.: **TODOS OS CAMPOS DEVERÃO ESTAR PREENCHIDOS!**

Receita Médica, contendo o nome do medicamento (Denominação Comum Brasileira = nome genérico), sua apresentação, forma de administração, dosagem diária e data.

Cópia de **Exames** complementares mais recentes que comprovem a solicitação, ou seja, que confirmem o diagnóstico:

- Formulário médico para Mucopolissacaridose Tipo VI completamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo(a) médico(a) responsável (**Apêndice 2** – Programa mínimo de avaliações para seguimento dos pacientes com MPS IVA sob terapia de reposição enzimática ou não).
- Atividade da enzima ASB (arilsulfatase B);
- Atividade de pelo menos outra sulfatase (N-acetilgalactosamina-6 sulfatase, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase); e (avaliadas na mesma amostra e pelo mesmo método) dosagem urinária de glicosaminoglicanos (GAGs), dertan sulfato (DS). **OU**
- Formulário médico para Mucopolissacaridose Tipo VI completamente preenchido, datado, assinado e carimbado pelo(a) médico(a) responsável (**Apêndice 2** – Programa mínimo de avaliações para seguimento dos pacientes com MPS IVA sob terapia de reposição enzimática ou não).
- Atividade da enzima ASB (arilsulfatase B);
- Atividade de pelo menos outra sulfatase (N-acetilgalactosamina-6 sulfatase, arilsulfatase B, heparan N-sulfatase ou iduronato-sulfatase) e (avaliadas na mesma amostra e pelo mesmo método) exame genético do gene ASB.

Cópia dos Documentos Pessoais do paciente: **R.G.** e **Cartão do SUS**. Cópia dos documentos pessoais do responsável pelo recebimento do medicamento, caso o paciente esteja impossibilitado de fazê-lo.

Cópia do comprovante de residência (conta de água, luz ou telefone) em nome do paciente semelhante ao endereço anotado no Laudo Médico, ou uma Declaração de Residência.

Via **original** do **TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO** e demais documentos exigidos pelos Protocolos Técnicos do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado de Saúde/MS.

**PREENCHER CID-10 COM 3 DÍGITOS E UTILIZAR NOME GENÉRICO DO(S)
MEDICAMENTO(S)**

Qualquer solicitação de medicamentos deverá estar de acordo com a Portaria GM/MS 1.554 de 30 de julho de 2013, e suas atualizações futuras, não sendo aceito os pedidos identificados pelo nome comercial.

ATENÇÃO: Solicitações incompletas e (ou) ilegíveis não serão protocoladas!