



ANEXO I

Formulario Solicitud inicio do tratamento con Acoramidis/Tafamidis

Deberan cumprimentarse todos os datos deste anexo s así como a data, para ser valorado o financiamento do tratamento polos Servizos de Farmacia correspondentes.

	Data	Dato
Idade		
Hospitalización previa por IC		SI/NON
Utilización ambulatoria de diuréticos para síntomas de IC		SI/NON
Clase de la NYHA		
FEVI		
Ecocardiograma *		
Biopsia confirmatoria en tecido cardíaco ou extracardíaco ou Gammagrafía confirmatoria da transtirretina**		
Estudio xenético de transtirretina ***		
Test da marcha de 6 minutos		
Valor do NT-proBNP ****		
Filtrado glomerular(FG)		
No haber recibido un transplante de corazón ou de fígado No ter implantado un dispositivo de asistencia ventricular No estar recibindo outros tratamentos modificadores da enfermidade		

* indicar grosor da parede do septo interventricular telediastólico da última medición

** indicar grado de captación (gradación visual)

*** si hereditaria indicar mutación

**** valor última medición de NT-prBNP