

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: __/__/__

BENEFICIÁRIO

Nome:

Cartão:

Telefone:

PRESTADOR

Nome:

Telefone:

PROCEDIMENTO

ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL – AME – DUT 110.6

INDICAÇÃO CLÍNICA

Diagnóstico Clínico

CID-10: _____

Tipo de AME diagnosticada:

☐ Artrogripose múltipla congênita

☐ Neuropatia axonal congênita

Hipotonia grave:

☐ Sim ☐ Não

Dependência de suporte respiratório:

☐ Sim ☐ Não

4. Exames Realizados (anexar cópias)

Exame genético confirmatório:

Eletromiografia / outros exames neurológicos:

5. Justificativa Clínica

(Descrever brevemente o histórico clínico e a necessidade do tratamento solicitado)

DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

- **Solicitação médica:**

Deve conter justificativa clínica detalhada, incluindo histórico familiar, sinais e sintomas, e hipótese diagnóstica.

- **Relatório clínico completo:**

Com descrição dos sintomas (ex: hipotonia, fraqueza muscular progressiva).

Indicação do tipo de AME suspeito (ex: tipo I, II, III).

Idade de início dos sintomas (exigido entre 6 e 18 meses para tipo II).

- **Exames prévios realizados:**

Resultados de exames neurológicos, laboratoriais ou de imagem que sustentem a suspeita clínica.

- **Pedido de exame genético específico:**

Como o teste de deleção do gene SMN1, que é o principal marcador genético da AME.

Pode incluir técnicas como PCR, MLPA ou sequenciamento genético.

Declaração do Médico

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 110.6 da ANS para cobertura do procedimento **ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL – AME**.

Assinatura/carimbo: _____

Data: ____/____/____