



FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE

DATA: ____ / ____ / ____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ CPF _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ CEP: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

TELEFONE: _____ SERVIÇO: _____

DADOS CLÍNICOS E EXAMES COMPLEMENTARES

PESO: ____ Kg ALTURA: ____ cm IDADE À MENOPAUSA: ____ anos

USO CÁLCIO: Não () Sim () Período(s): _____

USO VITAMINA D: Não () Sim () Dose atual: _____

DIAGNÓSTICO(S) ASSOCIADO(S) RELACIONADOS À OSTEOPOROSE: _____

PATOLOGIAS DO TRATO GASTRO-INTESTINAL:

Esofagite () Refluxo gastro-esofágico () Gastrite () Úlcera Péptica () SMA ()

Outros () _____

INSUFICIÊNCIA RENAL:

Não () Sim () Em caso afirmativo: Clearance Creatinina: _____ data: ____ / ____ / ____)

HISTÓRIA DE FRATURA PRÉVIA:

Não () Sim (), local: _____ (data: ____ / ____ / ____)

TRATAMENTO ANTERIOR PARA OSTEOPOROSE

| Tipo | Dose/ dia | Período de Uso |
|--------------|-----------|----------------|
| Bifosfonatos | | |
| Calcitonina | | |
| Vitamina D | | |
| Raloxifeno | | |
| Teriparatida | | |



USO ASSOCIADO DE OUTROS MEDICAMENTOS

| Tipo | Período de Uso |
|-----------------------------|----------------|
| Corticosteróides | |
| Hormônio Tireoidiano | |
| Anti-convulsivantes | |
| Anti-neoplásicos | |
| Heparina | |
| Bloqueador bomba de prótons | |

EXAMES COMPLEMENTARES EXIGIDOS:

A) Densitometrias Ósseas (anexar cópias)

| Data: | | |
|---------------------------------|-----------------|------------------------|
| Local | Densidade Óssea | T Score (adulto jovem) |
| L ₁ – L ₄ | | |
| Neck | | |
| Total | | |

| Data: | | |
|---------------------------------|-----------------|------------------------|
| Local | Densidade Óssea | T Score (adulto jovem) |
| L ₁ – L ₄ | | |
| Neck | | |
| Total | | |

B) Cálcio Sérico: Valor: _____ (data: ____ / ____ / ____)

C) Vitamina D: Valor _____ (data: ____ / ____ / ____)

D) Raio X de Coluna Vertebral(tóraco-lombar): _____
_____ (data: ____ / ____ / ____)

EXAMES COMPLEMENTARES EXIGIDOS EM CASOS ESPECIAIS

☺ ① Pacientes acima de 65 anos

Fosfatase Alcalina: Valor: _____ (data: ____ / ____ / ____)

Creatinina: Valor: _____ (data: ____ / ____ / ____)

TSH: Valor: _____ (data: ____ / ____ / ____)



B) Mulheres antes da menopausa

TSH: Valor: _____ (data: ____ / ____ / ____)

PTH: Valor: _____ (data: ____ / ____ / ____)

Prolactina: Valor: _____ (data: ____ / ____ / ____)

C) Pacientes do sexo masculino

FSH: Valor: _____ (data: ____ / ____ / ____)

LH: Valor: _____ (data: ____ / ____ / ____)

Testosterona Valor: _____ (data: ____ / ____ / ____)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAÇÃO PRESCRITA: _____

DOSE MENSAL PRETENDIDA: _____

- Anexar receita médica em 02 (duas) vias

Carimbo e assinatura do médico assistente

Telefone para contato

AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - SESAB

AVALIAÇÃO FINAL DO PROCESSO: **Deferido** () **Indeferido** ()

MEDICAÇÃO: _____

DOSE MENSAL: _____

ASSINATURA E CARIMBO DOS MÉDICOS AVALIADORES:

1: _____

2: _____

3: _____