



FORMULÁRIO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA OSTEOMALÁCIA E RAQUITISMO

PORTARIA CONJUNTA SAS/SCTIE/MS Nº 02, DE 11 DE JANEIRO DE 2022

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE

NOME: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____ GÊNERO: M ☐ F ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: _____

DADOS CLÍNICOS

A. Idade ao diagnóstico: _____

B. Uso prévio de medicamentos:

Fósforo Não () Sim () Desde: _____

Calcitriol Não () Sim () Desde: _____

Burosumabe Não () Sim () Desde: _____

Nenhum dos anteriores ()

C. Diagnóstico confirmado por EXAME MOLECULAR de HLX (hipofosfatemia ligada ao cromossomo X):

Não () Sim () Anexar laudo

D. Dados de Exame Físico

Peso: _____ Kg

Altura: _____ cm

Distância intercondilar: _____

Distância intermaleolar: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

A) LABORATÓRIO (validade de 90 dias – anexar cópia dos exames)

- ✓ Cálcio Sérico
- ✓ Fósforo sérico
- ✓ Fosfatase Alcalina
- ✓ PTH
- ✓ 1,25 OH Vitamina D
- ✓ Creatinina sérica
- ✓ Cálcio urinário (amostra isolada)
- ✓ Fósforo urinário (amostra isolada)
- ✓ Creatinina urinária (amostra isolada)
- ✓ TmP/ GFR: _____

B) RADIOGRAFIAS DE PUNHOS – Idade óssea (anexar cópia de laudo)

C) RADIOGRAFIAS DE JOELHOS (anexar cópia de laudo)

D) USG RENAL (anexar cópia de laudo)



PRESCRIÇÃO MÉDICA**CID 10:** _____

DOSE SOLICITADA DE BUROSUMABE: _____

- **Anexar receita médica**

Carimbo e assinatura do médico assistente_____
Data

AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - SESABAVALIAÇÃO FINAL DO PROCESSO: **Deferido** () **Indeferido** ()

BUROSUMABE DOSE MENSAL: _____

Carimbo e assinatura do médico avaliador_____
Data