

**FORMULÁRIO PARA ACESSO AO TRATAMENTO PARA
DOENÇA DE PAGET- OSTEÍTE DEFORMANTE
PORTARIA CONJUNTA Nº 2, de 17 de JANEIRO DE 2020**

IDENTIFICAÇÃO

DADOS DO PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____ GÊNERO: M () F ()

DADOS DO MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: _____

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE POSSUI COMPLICAÇÕES RELACIONADAS À OSTEÍTE DEFORMANTE?

Não () Sim () Qual(is)? _____

TRATAMENTOS ANTERIORES? NÃO () SIM () - Informar período de uso

CALCITONINA _____

BIFOSFONATOS _____

PATOLOGIAS TRATO GASTROINTESTINAL

ESOFAGITE: Sim () Não ()

REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO: Sim () Não ()

GASTRITE: Sim () Não ()

ÚLCERA PÉPTICA: Sim () Não ()

EXAMES COMPLEMENTARES

CINTILOGRAFIA ÓSSEA (anexar cópia do laudo)

RADIOGRAFIAS DAS ÁREAS ACOMETIDAS (anexar cópia do laudo)

LABORATÓRIO (Validade 3 meses – anexar cópia do exame):

- ✓ Fosfatase Alcalina
- ✓ Cálcio sérico
- ✓ Albumina
- ✓ VTD25OH - apenas para os pacientes com prescrição de ácido zoledrônico
- ✓ Bilirrubinas total e frações
- ✓ AST/TGO
- ✓ ALT/TGP
- ✓ Creatinina
- ✓ Taxa de filtração glomerular (ESTIMADA - Preferência CKD-EPI) Valor: _____
Sugestão de site para cálculo: www.sbn.org.br/profissional/utilidades/calculadoras-nefrologicas/
- ✓ Paratormônio (PTH) – apenas para os pacientes que apresentarem hipercalcemia

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE ACORDO COM O PCDT PARA USO DE:
RISEDRONATO, ÁCIDO ZOLEDRÔNICO E CALCITONINA**

Paciente apresenta diagnóstico de Doença de Paget comprovado por meio de exame radiológico apresentando hiperostose, osteoesclerose ou expansão óssea?

() Não () Sim (*Acrescentar laudo radiológico*)

Paciente apresenta pelo menos 1 (um) dos seguintes critérios abaixo? Indicar.

() Fosfatase alcalina no soro acima do valor de referência

() Hipercalcemia com PTH normal / baixo

() Dor óssea em área acometida

() Síndrome neurológica ou vascular decorrente de compressão por tecido ósseo acometido

() Acometimento de ossos longos em membros inferiores, da base do crânio e de vértebras, comprovado por exame de imagem

() Fratura óssea em tecido acometido

() Plano de intervenção cirúrgica em tecido ósseo acometido

Declaro que o paciente não apresenta nenhum dos seguintes critérios de exclusão:

• **Para Risedronato, Ácido Zoledrônico e Calcitonina**

✓ Aumento do cálcio sérico (hipercalcemia) e PTH acima do limite superior do valor de referência dos métodos

✓ Intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao medicamento solicitado

• **Para Risedronato e Ácido Zoledrônico**

✓ Paciente com insuficiência renal (Taxa de filtração glomerular abaixo de 30 ml/min/1,73 m²)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAÇÃO PRESCRITA: _____

DOSE PRETENDIDA: _____

• **Anexar receita médica em 02 (DUAS) vias**

CID-10: _____

Carimbo e assinatura do médico assistente

Data

AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - SESAB

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

MEDICAÇÃO: _____

DOSE MENSAL: _____

Carimbo e assinatura do médico avaliador

Data