FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S) POR MEIO DO CEAF PARA O TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE

Portaria Conjunta nº 19, de 28 de Setembro de 2023

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Declaro, para os devidos fins, que a(o)

paciente_____, apresenta diagnóstico ou suspeita de osteoporose e **UM dos seguintes critérios** :

☐ **FRATURAS maiores** (i.e., fêmur proximal, rádio distal, úmero proximal ou coluna vertebral) ou de quadril, causadas por baixo impacto (decorrentes de queda da própria altura ou menos) e comprovadas radiologicamente

☐ **Diagnóstico DENSITOMÉTRICO** (T- escore menor ou igual a -2,5 DP no fêmur proximal ou coluna lombar)

☐ **BAIXA massa óssea (T- escore entre -1,0 e -2,49 DP)**

E

☐ pacientes frágeis com risco de queda aumentada;

OU

☐ pacientes com probabilidade de fratura pelo FRAX® acima do limiar de intervenção.

- Para solicitações de **ÁCIDO ZOLEDRÔNICO,** paciente deve apresentar **UMA** das seguintes situações:
  ( ) Intolerância gastrointestinal aos bisfosfonatos orais;
  ( ) Dificuldades de deglutição decorrentes de anormalidades do esôfago que retardam o esvaziamento esofágico, tais como estenose ou acalasia;

- Para solicitações de **PAMIDRONATO**, paciente deve apresentar **UMA** das seguintes situações:
  ( ) Intolerância gastrointestinal aos bisfosfonatos orais;
  ( ) Dificuldades de deglutição decorrentes de anormalidades do esôfago que retardam o esvaziamento esofágico, tais como estenose ou acalasia;
  ( ) Contraindicação ao ácido zoledrônico.

- Para solicitações de **TERIPARATIDA**, o paciente deve preencher **TODOS** os seguintes critérios:
  ( ) Falha ao tratamento (duas ou mais fraturas) com os seguintes MEDICAMENTOS preconizados neste Protocolo;
  ( ) Alto risco de fratura calculado pela ferramenta FRAX®.

- Para solicitação do medicamento **ROMOSOZUMABE**, a paciente deve preencher **TODOS** os seguintes critérios:
  ( ) Paciente do sexo feminino com idade superior a 70 anos;
  ( ) Falha ao tratamento (duas ou mais fraturas) com os seguintes MEDICAMENTOS preconizados neste Protocolo;

( ) Risco muito alto de fratura conforme Quadro 1 do PCDT.

- Para solicitação do medicamento **RALOXIFENO**, a paciente deve preencher **TODOS** os seguintes critérios:
  ( ) Paciente do sexo feminino com idade superior a 70 anos, no período pós menopausa;
  ( ) Não faz uso de estrógenos e apresenta baixo risco de tromboembolismo venoso;
  E apresentar UM dos critérios abaixo:
  ( ) Alto risco de câncer de mama;
  OU
  ( ) Osteonecrose de mandíbula ou fratura atípica de fêmur (secundárias ao uso de bisfosfonados);
  OU
  ( ) Intolerância ou contraindicação aos bisfosfonatos.

- Para solicitação do medicamento **CALCITONINA**, a paciente deve preencher **TODOS** os seguintes critérios:
  ( ) Osteonecrose de mandíbula;
  ( ) Fratura atípica;
  ( ) Contraindicação absoluta aos demais medicamentos deste PCDT.

- Paciente já **EM USO** do medicamento (preencher **TODOS os itens** a seguir):
  1. Descrição da **evolução clínica** (melhora da DMO e/ou redução da incidência de fraturas osteoporóticas vertebrais, não vertebrais e de quadril): _____
     _____
     _____
  2. **Tempo** que o(a) paciente está em uso do medicamento:_____
  3. Valor da densitometria óssea **na época diagnóstico:**_____

- **Para CASOS ESPECIAIS:**
  - pacientes em início e manutenção de terapia com GLICOCORTICÓIDES (dose >5 mg/dia de prednisona ou equivalente) por 3 ou mais meses acrescido de **UM** dos seguintes critérios:
    - ☐ presença de fratura osteoporótica prévia OU
    - ☐ T-escore menor ou igual a -2,0 na coluna ou quadril OU
    - ☐ probabilidade de fratura pelo FRAX® acima do limiar de intervenção.

  OU

  - homens com história de carcinoma de próstata e plano de início e manutenção de terapia de PRIVAÇÃO ANDROGÊNICA com agonistas ou antagonistas de GnRH ou com terapia antiandrogênica acrescido de **UM** dos seguintes critérios:
    - ☐ fratura osteoporótica prévia OU
    - ☐ T-escore menor ou igual a −2,0 na coluna ou quadril OU
    - ☐ probabilidade de fratura pelo FRAX® acima do limiar de intervenção.

  OU

- pacientes com história de carcinoma de mama com plano de início e manutenção de tratamento com inibidores de aromatase acrescido de **UM** dos seguintes critérios:
    - ☐ T-escore menor ou igual a −2,0 na coluna ou quadril OU
    - ☐ redução anual da DMO em 5% a 10% após início da terapia OU
    - ☐ pacientes com T-escore maior que -2,0 e na presença de **2 ou mais fatores de risco (DESCREVER QUAIS):**
        1. _____
        2. _____
        3. _____

_____ _____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a) Local e data