



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
ATRAVÉS DO CEAFF/SC PARA O TRATAMENTO DE
DISTÚRBO MINERAL E ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA
PORTARIA SAS/MS Nº 801 DE 25/04/2017



PARICALCITOL

Declaro para fins de solicitação do medicamento **Paricalcitol** para o tratamento de Distúrbio Mineral e Ósseo na Doença Renal Crônica, que o(a) paciente _____

não apresenta nenhum critério de exclusão e satisfaz os seguintes **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**:

Diagnóstico de doença renal crônica (DRC) e a condição 1 **ou** 2, conforme assinalado abaixo:

() 1. - DRC dialítico
- >18 anos
- PTH \geq 500 pg/mL
- Hipercalcemia ou hiperfosfatemia com uso de Calcitriol em pelo menos 2 tentativas de tratamento apesar da dieta, da diálise adequada e do uso apropriado de quelantes de Fósforo.

Anexar: Creatinina (validade: semestral); PTH (validade: trimestral); Cálcio total (validade: mensal); Fósforo (validade: mensal).

() 2. - DRC dialítico
- >18 anos
- PTH persistentemente >500 pg/mL sem resposta a 3 meses de tratamento com Calcitriol.

Anexar: Creatinina (semestral); 2 dosagens consecutivas de PTH (trimestral); Cálcio total (mensal); Fósforo (mensal).

* Critérios de **EXCLUSÃO**:

- HIPERFOSFATEMIA (Fósforo Sérico > 5,5 mg/dL);
- HIPERCALCEMIA (nível sérico de cálcio > limites normais do laboratório);
- Idade menor que 18 anos.

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

____/____/____
Data