



**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



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- score menor ou igual a -2,5 DP no fêmur proximal ou coluna lombar);
- BAIXA massa óssea (T- score 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:
 - () Contraindicação ao ácido zoledrônico;

E 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 solicitação do medicamento **ROMOSUZUMABE**, a paciente deve preencher **TODOS** os seguintes critérios:
 - () Paciente do sexo feminino com idade superior a 70 anos;
 - () Risco muito alto de fratura conforme Quadro 1 do PCDT;
 - () Falha ao tratamento (duas ou mais fraturas) com os **MEDICAMENTOS** preconizados neste Protocolo

Favor indicar LOCAL DAS FRATURAS: _____

- Para solicitação do medicamento **RALOXIFENO**, a paciente deve preencher **TODOS** os seguintes critérios:

() Paciente do sexo feminino no período pós menopausa;

() Não fazer 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 que está sendo **solicitado** (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 solicitado: _____

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-score 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