



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
ATRAVÉS DO CEF/SC PARA O TRATAMENTO DE
DISTÚRBO MINERAL E ÓSSEO NA DOENÇA RENAL CRÔNICA
PORTARIA CONJUNTA Nº 15, de 04 de AGOSTO de 2022.



CALCITRIOL

Declaro para fins de solicitação do medicamento **Calcitriol** 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**:

ADULTOS

Diagnóstico de doença renal crônica (DRC) e a condição abaixo assinalada:

- () Adultos portadores de DRC estágio 3A a 5ND com níveis séricos de PTH acima dos valores da normalidade, Fósforo menor que 4,5 mg/dL, cálcio dentro do VR, 25 hidroxivitamina D maior que 30 ng/mL.
Anexar: Creatinina Sérica (validade: semestral); paratormônio (PTH) (validade: estágio 3: anual; estágio 4: semestral; estágio 5 ND: semestral); Fósforo Sérico e Cálcio total Sérico (validade - estágio 3: anual; estágio 4: semestral; estágio 5 ND: trimestral); 25 hidroxivitamina D (validade semestral).
- () Pacientes com síndrome da fome óssea após realização de paratireoidectomia (PTX);
Anexar: Creatinina (semestral); PTH (trimestral); Fósforo e Cálcio total (mensais).
- () Pacientes **dialíticos** com níveis séricos de PTH acima de 300 pg/mL.
Anexar: Creatinina (semestral); PTH (trimestral); Fósforo Sérico e Cálcio total Sérico (mensais).

PACIENTES PEDIÁTRICOS ATÉ 18 ANOS

Diagnóstico de doença renal crônica (DRC) e a condição abaixo assinalada:

- () DRC estágio 2-5D; PTH > limite superior do VR; Fósforo menor que 4,5 mg/dL; Cálcio dentro dos VR.
Anexar: Creatinina (semestral); PTH (estágio 2-3: anual; estágio 4: semestral; estágio 5 ND: semestral; estágio 5D: trimestral); Fósforo Sérico e Cálcio total (estágio 2-3: anual; estágio 4: semestral; estágio 5 ND: trimestral; estágio 5D: mensal).

* Critérios de **EXCLUSÃO**: Pacientes **gestantes ou lactantes** com DMO-DRC estágios 2 a 5D; HIPERFOSFATEMIA (Fósforo > que 5,5 mg/dL) e HIPERCALCEMIA (Cálcio > limite superior do VR).

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

____/____/_____
Data