



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)
POR MEIO DO CEAFF PARA O TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE**
Portaria Conjunta SAES/SECTICS Nº 22, de 22 de outubro de 2025



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 (anexar laudo de exame radiológico)**;
- ☐ Diagnóstico DENSITOMÉTRICO (T- escore menor ou igual a -2,5 DP no **fêmur proximal ou coluna lombar**) **(anexar exame de densitometria óssea)**;
- ☐ BAIXA massa óssea (T- escore entre -1,0 e -2,49 DP) **(anexar exame de densitometria óssea)**; E
- ☐ Paciente frágil com risco de queda aumentada. Justifique: _____ ;
_____ ;
OU
- ☐ Paciente com probabilidade de fratura pelo FRAX® acima do limiar de intervenção **(anexar cópia do cálculo)**.

- Para solicitações de **ÁCIDO ZOLEDRÔNICO**, paciente deve apresentar **UMA** das seguintes situações:
 - () Intolerância aos bisfosfonatos orais;
 - () Dificuldades de deglutição decorrentes de anormalidades do esôfago que retardam o esvaziamento esofágico, tais como estenose, acalasia ou doença do refluxo gastroesofágico importante;
 - () Situações clínicas que comprometem a absorção de bisfosfonatos orais.
- 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, acalasia ou doença do refluxo gastroesofágico importante.
 - () Situações clínicas que comprometem a absorção de bisfosfonatos orais.
- Para solicitação do medicamento **CALCITONINA**, a paciente deve preencher **UM** dos seguintes critérios:
 - () Osteonecrose de mandíbula OU;
 - () Fratura atípica OU;
 - () Contraindicação absoluta aos demais medicamentos deste PCDT.

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

() Paciente do sexo feminino 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 bisfosfonatos);

OU

() Intolerância ou contraindicação aos bisfosfonatos.

- Para solicitação do medicamento **ROMOSOZUMABE**, a paciente deve ser do sexo **FEMININO** com **OSTEOPOROSE GRAVE (anexar exame de densitometria óssea com T-escore menor ou igual a -2,5 DP)** e preencher **UM** dos seguintes critérios:

() **DUAS** ou mais fraturas incidentes por fragilidade em vigência de tratamento para osteoporose

Favor indicar LOCAL DAS FRATURAS (anexar laudo(s) de exame radiológico):

OU

() **UMA** fratura osteoporótica **APÓS 1 ANO** de tratamento **E PERDA da DMO** (redução de **mais de 5%** em qualquer sítio no intervalo avaliado). **Favor indicar:**

1. **LOCAL DA FRATURA (anexar laudo de exame radiológico):**

2. **DATA de início do tratamento:**

3. **Redução da DMO (%) (anexar exames de densitometria óssea demonstrando a redução):**

E

() Declaro que o(a) paciente não sofreu Infarto do Miocárdio (IM) ou Acidente Vascular Encefálico (AVE) no ano anterior.

- 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):

☐ melhora da DMO

☐ redução da incidência de fraturas osteoporóticas vertebrais, não vertebrais e de quadril, bem como as complicações delas advindas.

Informações adicionais: _____

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-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 **2 ou mais fatores de risco (descrever)**:

1. _____

2. _____

3. _____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Local e data

Toda e qualquer informação aqui declarada é de **inteira responsabilidade** do **médico** prescritor