



Prefeitura de São Bernardo do Campo
Departamento de Apoio à Gestão do SUS
Divisão de Assistência Farmacêutica



FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA OSTEOPOROSE

Nome do paciente: _____	Hygia: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	CID: _____

1- Exames laboratoriais e de imagem exigidos para inclusão, monitoramento e ajuste de dose:

Densitometria óssea (feita em até 1 ano - renovação bienal) realizada em ____/____/____

Resultado do escore T: _____

- Normal até -1,0 Osteopenia leve entre -1,0 e 1,50
 Osteopenia moderada e severa entre -1,51 e -2,49 Osteoporose \leq -2,50
 Osteoporose estabelecida \leq -2,50 associada à fragilidade

Calcemia (feita em até 06 meses - renovação anual) realizada em ____/____/____ Resultado: _____
Valor ref.: 8,5 a 10,5mg/dL.

Calciúria (feita em até 06 meses - renovação anual) realizada em ____/____/____ Resultado: _____
Valor ref.: até 200mg/dia.

2- Critérios de inclusão para utilização de Alendronato de sódio associado ao Carbonato de cálcio:

Mulheres no período pós-menopausa e homens com idade igual ou superior a 50 anos, apresentando uma das condições abaixo:

- Fraturas de baixo impacto de quadril ou vertebral (clínica ou morfométrica).
 Exame densitométrico com escore T até \leq -2,50 no fêmur proximal ou coluna.
 Baixa massa óssea (escore T entre -1,51 e -2,49 no fêmur proximal ou coluna) em paciente com idade igual ou superior a 70 anos e "caidor" (2 ou mais quedas nos últimos 6 meses).
 Osteoporose glicocorticoide induzida para pacientes com densitometria óssea abaixo na normal (escore T $<$ -1,0)
Neste caso, anexar relatório médico com medicamento utilizado, posologia e tempo de tratamento.

3- Tratamento medicamentoso:

- Carbonato de cálcio 500mg + vitamina D 400UI (somente para osteopenia moderada e severa e osteoporose)

Posologia: _____

- Alendronato de sódio 70mg (somente para osteoporose (escore T \leq -2,50))

Posologia: _____

Utilização prévia de Alendronato de sódio 70mg:

- nunca utilizou.
 já utiliza. Há quanto tempo? _____ Previsão de continuidade de utilização: _____

Informações relevantes para a análise da inclusão do paciente no protocolo municipal de utilização dos medicamentos para osteoporose: _____

Data: ____/____/____

Carimbo e assinatura do médico

APROVAÇÃO DO FARMACÊUTICO CONFORME PROTOCOLO MUNICIPAL

Unidade de Saúde: _____ Hygia: _____

Medicamentos dispensados:

- Carbonato de cálcio 500mg + vitamina D 400UI: _____ comprimidos/mês.
 Alendronato de sódio 70mg: _____ comprimidos/mês.

Formulário válido até: ____/____/____ (válido por 1 ano).

Caso o paciente não se enquadrar no protocolo, descrever o motivo: _____

Data: ____/____/____

Carimbo e assinatura do farmacêutico