



RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO – OSTEOPOROSE
PORTARIA CONJUNTA SAES-SECTICS Nº 19, DE 28 DE SETEMBRO DE 2023 E
NOTA INFORMATIVA Nº 02/2025 SES/SULOG/DIASF/GAF AE (PROCESSO SEI 00060-00587857/2024-93)

- MEDICAMENTOS DISPENSADOS NO CESMU/IHBDF -

O (a) Sr. (a) _____ CPF Nº _____

está em acompanhamento regular em consultório médico, é portador (a) de:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> M80.0 Osteoporose pós menopáusia com fratura patológica | <input type="radio"/> M81.3 Osteoporose devido à má-absorção pós cirúrgica |
| <input type="radio"/> M80.1 Osteoporose pós ooforectomia com fratura patológica | <input type="radio"/> M81.4 Osteoporose induzida por drogas |
| <input type="radio"/> M80.2 Osteoporose de desuso com fratura patológica | <input type="radio"/> M81.5 Osteoporose idiopática |
| <input type="radio"/> M80.3 Osteoporose por má absorção pós cirúrgica com fratura patológica | <input type="radio"/> M81.6 Osteoporose localizada |
| <input type="radio"/> M80.4 Osteoporose induzida por drogas com fratura patológica | <input type="radio"/> M81.8 Outras osteoporoses |
| <input type="radio"/> M80.5 Osteoporose idiopática com fratura patológica | <input type="radio"/> M81.9 Osteoporose não especificada |
| <input type="radio"/> M80.8 Outras osteoporoses com fratura patológica | <input type="radio"/> M82.0 Osteoporose na mielomatose múltipla |
| <input type="radio"/> M80.9 Osteoporose não especificada com fratura patológica | <input type="radio"/> M82.1 Osteoporose em distúrbios endócrinos |
| <input type="radio"/> M81.0 Osteoporose pós menopáusia | <input type="radio"/> M82.8 Osteoporose em outras doenças classificadas em outra parte |
| <input type="radio"/> M81.1 Osteoporose pós ooforectomia | <input type="radio"/> M85.8 Outros transtornos especificados da densidade e da estrutura óssea |
| <input type="radio"/> M81.2 Osteoporose de desuso | |

A enfermidade teve início há aproximadamente _____ anos.

RESULTADO DA DESITOMETRIA ÓSSEA

Data: ____/____/____		Peso: _____		Altura: _____	
Qual pior sítio: () Coluna Lombar () Fêmur () Colo do Fêmur () Terço médio Rádio () Outro: _____					
g/cm ² :					
T Escore:					

Risco de fraturas em 10 anos calculado pelo FRAX® (Fracture Risk Assessment Tool) 2.0 Brasil (%):		Quadril:	Fraturas Maiores:
() Zona Intermediária	() Abaixo da Linha de Intervenção	() Alto Risco	() Muito Alto Risco

TABELA DE TRATAMENTOS ANTERIORES

MEDICAMENTOS UTILIZADOS	DOSE E TEMPO DE USO	REAÇÃO ADVERSA – QUAL?	FALHA – DESCREVER O CRITÉRIO

CATEGORIAS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE FRATURA (marcar a opção que o paciente apresenta):

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Baixo: todos os fatores: paciente sem diagnóstico de osteoporose (T-escore maior que -2,5 DP), sem fraturas prévias e baixo risco de fratura no FRAX®. | <input type="radio"/> FRAX® ou Fratura prévia. |
| <input type="radio"/> Moderado: osteopenia e sem fraturas prévias. | <input type="radio"/> Muito alto: um ou mais dos seguintes fatores: Fratura nos últimos 12 meses ou Múltiplas fraturas ou Fraturas durante o tratamento ou Fraturas em uso de medicamento que altera o metabolismo ósseo ou T-escore inferior a -3,0 DP ou Muito alto risco de fratura no FRAX® ou Risco de queda aumentada. |
| <input type="radio"/> Alto: qualquer um dos fatores: T-escore igual ou inferior a -2,5 DP ou T-escore entre -1,0 e -2,49 DP e alto risco de fratura no | |

Encaminhar no fluxo para Farmácia Ambulatorial do Hospital de Base ou CESMU.

- () Paciente feminino → encaminhar para **CESMU**
() Paciente masculino → encaminhar para **HBDF**

MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO NO CESMU OU HBDF

TERIPARATIDA:

O paciente deverá apresentar pelo menos 1 dos critérios:

- Paciente com fraturas de fragilidade óssea
- T-escore menor que -3,0 DP
- Alto risco de fratura calculado pelo FRAX® (*impressão do PDF do FRAX obtido através do link: <https://abrasso.org.br/frax-brasil/>*);
- Paciente com falha terapêutica aos bisfosfonatos.

Crítérios de exclusão do protocolo:

- Neoplasias;
- Doença de Paget;
- População pediátrica;
- Gravidez ou lactação;
- Radioterapia anterior.

ÁCIDO ZOLEDRÔNICO:

O paciente deverá apresentar pelo menos 1 dos critérios:

- Paciente em tratamento regular de medicamentos e que continuam perdendo massa óssea (ineficácia terapêutica) comprovada por densitometria óssea;
- Paciente acamado com qualquer tipo de osteoporose (primária ou secundária);
- Paciente com osteoporose primária ou secundária que apresenta intolerância aos bifosfonatos orais;
- Paciente com osteoporose primária ou secundária que apresenta patologia do trato gastro intestinal que contraindicam o uso de medicamentos orais;
- Baixa massa óssea (T-escore menor ou igual a -1,0 e maior ou igual a -2,49) em pacientes com probabilidade de fratura pelo FRAX® acima do limiar de intervenção e intolerância ou dificuldades de deglutição dos bisfosfonatos orais decorrentes de anormalidades do esôfago que retardam o esvaziamento esofágico, tais como estenose ou acalasia.
- Baixa massa óssea (T-escore menor ou igual a -1,0 e maior ou igual a -2,49) em pacientes com probabilidade de fratura pelo FRAX® acima do limiar de intervenção e frágeis com risco de queda aumentada, independentemente da idade, ou em pacientes com probabilidade de fratura pelo FRAX® acima do limiar de intervenção.

Crítérios de exclusão do protocolo:

- Osteopenia, com alto risco de fraturas e sem critério específico para via parenteral;
- Osteoporose virgem de tratamento sem problemas de má absorção e/ou intolerância aos bifosfonatos orais;
- Hipersensibilidade a classe dos bisfosfonatos;
- Clearance de creatinina < 35mL/min (Doença Renal Crônica estágios 4 e 5);
- Hipocalcemia;
- Gravidez e amamentação.

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (PARA QUAISQUER DOS MEDICAMENTOS DO CESMU OU HBDF):

- Receita válida e legível em 2 vias, emitida no DF;
- Documento de identificação do paciente com foto;
- Cartão Nacional de Saúde ou Identificação SES/DF;
- Impressão do PDF do FRAX obtido através do link: <https://abrasso.org.br/frax-brasil/> quando for esse o critério de indicação do tratamento;
- Cópia do resultado dos exames:
- Densitometria óssea (válido por 2 anos) ou imagem radiológica da fratura (último realizado);
- Cálcio sérico (válido por 6 meses);
- Cálcio urinário (válido por 6 meses);
- PTH (válido por 6 meses);
- Clearance de Creatinina (válido por 6 meses);
- Hemograma Completo (válido por 6 meses);
- Fosfatase Alcalina (válido por 6 meses);
- Fósforo sérico (válido por 6 meses).

RELATÓRIO MÉDICO:

Data: ___/___/___ Assinatura e carimbo do médico assistente: _____

A SER PREENCHIDO PELO AVALIADOR

Processo de solicitação:

- Deferido Pendente (indicar a pendência) Indeferido (indicar critério não atendido)

Parecer: () Protocolo Distrital () Protocolo Federal (PCDT)

Data: ___/___/___ Assinatura e carimbo do avaliador: _____