



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)



OSTEOPOROSE – CID-10: M80.0, M80.1, M80.2, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M81.0, M81.1, M81.2, M81.3, M81.4, M81.5, M81.6, M81.8, M82.0, M82.1, M82.8, M85.8

MEDICAMENTOS

- Calcitonina 200 Ui Por Dose Spray Nas (Fr);
- Calcitriol 0,25 Mcg Cap;
- Raloxifeno 60 Mg Comp;
- Risedronato 35 Mg Comp;
- Romosozumabe 90 Mg/ML Solução Injetável (Por Seringa Preenchida) 1,17 ML.

DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto) e CPF
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do Comprovante de Residência

DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO

- **LME** – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)
- **Prescrição Médica**
- **Relatório Médico Padronizado** (Anexo I) constando: Data; Identificação do médico e do paciente; Diagnóstico; Indicação de medicamento e tempo de tratamento; Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, evolução da doença e tratamentos prévios;
- Para pacientes com Índice FRAX de **ALTO RISCO OU MUITO ALTO RISCO**, é necessário enviar o PDF do FRAX obtido através do link: <https://abrasso.org.br/frax-brasil/>;

REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- **LME** – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (Modelo anexo)
- **Prescrição Médica**
- **Relatório Médico**

EXAMES A SEREM APRESENTADOS

PRIMEIRA SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS

- Cópia do laudo de densitometria óssea com o valor do T-score OU Cópia do laudo de exame radiológico da região com fratura (válido por 2 anos);
- Cópia do exame de Clearance de Creatinina (válido por 6 meses).

Além do exame acima, para Risedronato apresentar:

- Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil (válido 30 dias);
- Cópia do exame de dosagem de Cálcio sérico (cálcio total corrigido pela albumina ou cálcio iônico) (válido por 6 meses).

REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)

- A critério do avaliador

OBSERVAÇÕES

- O Romosozumabe 90 Mg/ML Solução Injetável (Por Seringa Preenchida) 1,17 mL é padronizado somente para pacientes mulheres **MAIORES DE 70 ANOS**.
- O **Ácido Zoledrônico 0,05 Mg/ML Solução Injetável 100 ML** e a **Teriparatida 250 Mcg/ML Solução Injetável** são padronizados nesta SES-DF para dispensação pelas farmácias ambulatoriais do **IGES-HB (pacientes masculinos)** e **CESMU (pacientes femininos)**. Para acesso à documentação obrigatória e maiores informações, consultar o site www.saude.df.gov.br/farmacias-atencao-secundaria.