



FARMÁCIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA FORMULÁRIO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS ÀCIDO ZOLENDRÔNICO

NOME DO PACIENTE:		
C.N.S.:	Telefone:	
CID 10:		
MEDICAMENTO	POSOLOGIA	
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA OSTEOPOROSE		
DENSITOMETRIA OSSEA (menos de 1ano) ()		
RAIO X DO LOCAL DA FRATURA ()		
EXAMES LABORATORIAIS: CALCIO (sangue) ()		HC ()
CALCIO (urina) ()	PTH ()	Clearance de creatinina ()
FOSFORO(sangue) ()		
RECEITA MÉDICA () RELATORIO MÉDICO ()		
MEDICO(A) SOLICITANTE:	DATA	CRM
PARECER DA COORDENAÇÃO DA OSTEOPOROSE		

Observações:

É obrigatório a apresentação de todos os exames mencionados acima e o preenchimento de todos os campos para o cadastro do paciente e liberação do medicamento.