



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DISTÚRPIO MINERAL E ÓSSEO NA DRC

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																																
2	MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S): _____ _____ _____ _____																																
3	DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO – HISTÓRICO (Diagnóstico – quadro clínico – evolução): _____ _____ _____ _____ _____ _____																																
4	TRATAMENTO (Detalhar tratamento prévio e atual , falhas e contraindicações): _____ _____ _____ _____ _____ _____																																
5	ASSINALAR A CLASSIFICAÇÃO DA DRC DO PACIENTE, DE ACORDO COM A TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR, CONFORME PCDT: <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Estágio</th><th>TFG (mL/min por 1,73m²)</th><th>Descrição</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐</td><td>1</td><td>> 90</td><td>Lesão renal com TFG normal ou aumentada</td></tr><tr><td>☐</td><td>2</td><td>60-89</td><td>Lesão renal com TFG levemente diminuída</td></tr><tr><td>☐</td><td>3 (A e B)</td><td>30-59</td><td>TFG moderadamente diminuída</td></tr><tr><td>☐</td><td>4</td><td>15-29</td><td>TFG gravemente diminuída</td></tr><tr><td>☐</td><td>5</td><td>< 15</td><td>Falência renal</td></tr><tr><td>☐</td><td>5D</td><td>< 15 em diálise</td><td>Falência renal em terapia substitutiva</td></tr><tr><td>☐</td><td>*T</td><td>N/A</td><td>Transplante renal bem sucedido</td></tr></tbody></table> *Somente em solicitações de Cinacalcete para pacientes transplantados renais que não se encaixam em outra classificação da DRC.		Estágio	TFG (mL/min por 1,73m ²)	Descrição	☐	1	> 90	Lesão renal com TFG normal ou aumentada	☐	2	60-89	Lesão renal com TFG levemente diminuída	☐	3 (A e B)	30-59	TFG moderadamente diminuída	☐	4	15-29	TFG gravemente diminuída	☐	5	< 15	Falência renal	☐	5D	< 15 em diálise	Falência renal em terapia substitutiva	☐	*T	N/A	Transplante renal bem sucedido
	Estágio	TFG (mL/min por 1,73m ²)	Descrição																														
☐	1	> 90	Lesão renal com TFG normal ou aumentada																														
☐	2	60-89	Lesão renal com TFG levemente diminuída																														
☐	3 (A e B)	30-59	TFG moderadamente diminuída																														
☐	4	15-29	TFG gravemente diminuída																														
☐	5	< 15	Falência renal																														
☐	5D	< 15 em diálise	Falência renal em terapia substitutiva																														
☐	*T	N/A	Transplante renal bem sucedido																														



6	INFORMAR: ☐ Paciente em tratamento conservador/sem terapia renal substitutiva atualmente; ☐ Paciente em hemodiálise; ☐ Paciente em diálise peritoneal.
7	PACIENTE JÁ FEZ TRANSPLANTE RENAL? ☐ Sim ☐ Não Se sim, descreva: _____ _____
8	PACIENTE REALIZOU PARATIREOIDECTOMIA? ☐ Sim ☐ Não Se sim, detalhar: _____ _____ PACIENTE COM SÍNDROME DA FOME ÓSSEA APÓS PARATIREOIDECTOMIA? ☐ Sim ☐ Não
9	OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____
10	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico