



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FORMULÁRIO ESPECÍFICO – OSTEOPOROSE

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____																																																					
	NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																																																					
2	IDADE: _____	SEXO:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																																																			
3	PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO:																																																					
	Está na pós menopausa? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																																																					
4	HISTÓRIA CLÍNICA																																																					
	4.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DOENÇA E FATORES DE RISCO PARA FRATURAS:																																																					
	<hr/>																																																					
	4.2 INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO:																																																					
	<table border="0"> <tr> <td>Fratura prévia</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tabagismo atual</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Artrite reumatoide</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diabetes Mellitus tipo I</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hipoparatiroidismo</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hipogonadismo na menopausa pré-matura</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Má nutrição crônica</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Doença hepática crônica</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Doença Renal Crônica (DRC) estágios 4 ou 5</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Intolerância gastrointestinal</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Estenose ou acalasia</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Osteonecrose de mandíbula</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fratura atípica de fêmur</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Osteomalacia fosfatemica</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Risco de tromboembolismo venoso</td> <td>BAIXO <input type="checkbox"/></td> <td>ALTO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Uso de estrógenos</td> <td>SIM <input type="checkbox"/></td> <td>NÃO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Risco de câncer de mama</td> <td>BAIXO <input type="checkbox"/></td> <td>ALTO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Fratura prévia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Tabagismo atual	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Artrite reumatoide	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus tipo I	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hipoparatiroidismo	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Hipogonadismo na menopausa pré-matura	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Má nutrição crônica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Doença hepática crônica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Doença Renal Crônica (DRC) estágios 4 ou 5	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Intolerância gastrointestinal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Estenose ou acalasia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Osteonecrose de mandíbula	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Fratura atípica de fêmur	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Osteomalacia fosfatemica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Risco de tromboembolismo venoso	BAIXO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>	Uso de estrógenos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Risco de câncer de mama	BAIXO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>
Fratura prévia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Tabagismo atual	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Artrite reumatoide	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Diabetes Mellitus tipo I	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Hipoparatiroidismo	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Hipogonadismo na menopausa pré-matura	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Má nutrição crônica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Doença hepática crônica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Doença Renal Crônica (DRC) estágios 4 ou 5	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Intolerância gastrointestinal	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Estenose ou acalasia	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Osteonecrose de mandíbula	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Fratura atípica de fêmur	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Osteomalacia fosfatemica	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Risco de tromboembolismo venoso	BAIXO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>																																																				
Uso de estrógenos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																																																				
Risco de câncer de mama	BAIXO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>																																																				



5 SELECIONE A CATEGORIA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE FRATURA:

Risco	Fatores
<input type="checkbox"/> Baixo	Paciente sem diagnóstico de osteoporose (T-escore maior que -2,5 DP) e baixo risco de fratura no FRAX® e sem fraturas prévias
<input type="checkbox"/> Moderado	Osteopenia e sem fraturas prévias
<input type="checkbox"/> Alto	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 FRAX® ou Fratura prévia
<input type="checkbox"/> Muito alto	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

6 INFORMAR TODOS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS E OS ATUAIS (Detalhar tempo de uso, falha terapêutica, intolerância e contraindicações):

7 PARA SOLICITAÇÃO DE ROMOSOZUMABE, INFORMAR:

Paciente com 2 ou mais fraturas apesar do uso dos demais medicamentos preconizados no protocolo?

SIM NÃO

8 Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

Data de preenchimento: _____ / _____ / _____

Assinatura e carimbo: _____

Médico