



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – OSTEOPOROSE



5	<p>Foi avaliado risco de fratura pela ferramenta FRAX®? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>Se SIM, assinalar o resultado obtido:</p> <table border="0"><tr><td>Fraturas de quadril:</td><td>Fraturas maiores:</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Baixo risco</td><td><input type="checkbox"/> Baixo risco</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Zona intermediária</td><td><input type="checkbox"/> Zona intermediária</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Alto risco</td><td><input type="checkbox"/> Alto risco</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Muito alto risco</td><td><input type="checkbox"/> Muito alto risco</td></tr></table>				Fraturas de quadril:	Fraturas maiores:	<input type="checkbox"/> Baixo risco	<input type="checkbox"/> Baixo risco	<input type="checkbox"/> Zona intermediária	<input type="checkbox"/> Zona intermediária	<input type="checkbox"/> Alto risco	<input type="checkbox"/> Alto risco	<input type="checkbox"/> Muito alto risco	<input type="checkbox"/> Muito alto risco																		
Fraturas de quadril:	Fraturas maiores:																															
<input type="checkbox"/> Baixo risco	<input type="checkbox"/> Baixo risco																															
<input type="checkbox"/> Zona intermediária	<input type="checkbox"/> Zona intermediária																															
<input type="checkbox"/> Alto risco	<input type="checkbox"/> Alto risco																															
<input type="checkbox"/> Muito alto risco	<input type="checkbox"/> Muito alto risco																															
6	<p>INFORMAR TODOS OS TRATAMENTOS PRÉVIOS REALIZADOS E OS ATUAIS:</p> <table border="1"><thead><tr><th>Medicamento utilizado</th><th>Tempo de uso</th><th>Falha terapêutica?</th><th>Contraindicação?</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>Início: _____ Fim: _____</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td>Início: _____ Fim: _____</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td>Início: _____ Fim: _____</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td>Início: _____ Fim: _____</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td>Início: _____ Fim: _____</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td></td><td>Início: _____ Fim: _____</td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td><td>SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>				Medicamento utilizado	Tempo de uso	Falha terapêutica?	Contraindicação?		Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Medicamento utilizado	Tempo de uso	Falha terapêutica?	Contraindicação?																													
	Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																													
	Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																													
	Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																													
	Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																													
	Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																													
	Início: _____ Fim: _____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>																													
7	<p>PARA SOLICITAÇÃO DE ÁCIDO ZOLEDRÔNICO:</p> <p>Paciente apresenta intolerância ou dificuldades de deglutição dos bisfosfonatos orais? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>DETALHAR (Paciente possui estenose, acalasia, DRGE importante ou outras situações clínicas que comprometam a absorção):</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																															



8	PARA SOLICITAÇÃO DE ROMOSOZUMABE, INFORMAR:	
8.1 Paciente com 2 ou mais fraturas osteoporóticas apesar do uso dos demais medicamentos preconizados no protocolo (mínimo 1 ano de uso)?		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
8.2 Paciente com 1 fratura osteoporótica após mínimo de tratamento de 1 ano com demais medicamentos preconizados no protocolo?		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
8.3 Paciente com perda significativa de densidade mineral óssea (redução de mais de 5% em qualquer sítio no intervalo avaliado)?		SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
<p>Se SIM em qualquer uma das alternativas: apresentar exames que comprovem.</p>		
9	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.	
Data de preenchimento: _____ / _____ / _____		
Assinatura e carimbo: _____		
Médico		