



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – OSTEOPOROSE

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____																											
2	IDADE: _____ SEXO BIOLÓGICO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F (Está na pós menopausa? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>)																											
3	HISTÓRIA CLÍNICA 3.1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DOENÇA E FATORES DE RISCO PARA FRATURAS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 3.2 INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <table border="1"><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>Realiza suplementação de cálcio?</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Realiza suplementação de colecalciferol (vitamina D)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Fratura atípica de fêmur (associada ao uso de bisfosfonatos orais)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Osteonecrose de mandíbula (associada ao uso de bisf. orais)</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Baixo risco de tromboembolismo venoso</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <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>Alto risco de câncer de mama</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Teve Infarto do Miocárdio ou AVE no último ano</td><td>SIM <input type="checkbox"/></td><td>NÃO <input type="checkbox"/></td></tr></table>	Doença Renal Crônica (DRC) estágios 4 ou 5	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Realiza suplementação de cálcio?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Realiza suplementação de colecalciferol (vitamina D)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Fratura atípica de fêmur (associada ao uso de bisfosfonatos orais)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Osteonecrose de mandíbula (associada ao uso de bisf. orais)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Baixo risco de tromboembolismo venoso	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Uso de estrógenos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Alto risco de câncer de mama	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Teve Infarto do Miocárdio ou AVE no último ano	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
Doença Renal Crônica (DRC) estágios 4 ou 5	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Realiza suplementação de cálcio?	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Realiza suplementação de colecalciferol (vitamina D)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Fratura atípica de fêmur (associada ao uso de bisfosfonatos orais)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Osteonecrose de mandíbula (associada ao uso de bisf. orais)	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Baixo risco de tromboembolismo venoso	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Uso de estrógenos	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Alto risco de câncer de mama	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
Teve Infarto do Miocárdio ou AVE no último ano	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>																										
4	SELECIONE A CATEGORIA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE FRATURA: <table border="1"><thead><tr><th></th><th>Risco</th><th>Fatores</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Baixo a moderado</td><td>Todos os fatores: - Paciente sem diagnóstico de osteoporose (T-escore maior que -2,5 DP), baixo risco de fratura no FRAX® e sem fraturas prévias.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Alto</td><td>Qualquer um dos fatores: - 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.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Muito alto</td><td>Um ou mais dos seguintes fatores: -Fratura por fragilidade 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</td></tr></tbody></table>		Risco	Fatores	<input type="checkbox"/>	Baixo a moderado	Todos os fatores: - Paciente sem diagnóstico de osteoporose (T-escore maior que -2,5 DP), baixo risco de fratura no FRAX® e sem fraturas prévias.	<input type="checkbox"/>	Alto	Qualquer um dos fatores: - 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	Um ou mais dos seguintes fatores: -Fratura por fragilidade 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															
	Risco	Fatores																										
<input type="checkbox"/>	Baixo a moderado	Todos os fatores: - Paciente sem diagnóstico de osteoporose (T-escore maior que -2,5 DP), baixo risco de fratura no FRAX® e sem fraturas prévias.																										
<input type="checkbox"/>	Alto	Qualquer um dos fatores: - 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	Um ou mais dos seguintes fatores: -Fratura por fragilidade 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																										



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="1"><thead><tr><th>Fraturas de quadril:</th><th>Fraturas maiores:</th></tr></thead><tbody><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></tbody></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? 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> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																												



8	PARA SOLICITAÇÃO DE ROMOSUZUMABE, 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"/>
Se SIM em qualquer uma das alternativas: apresentar exames que comprovem.		
9	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.	
	Data de preenchimento: ____ / ____ / ____	
	Assinatura e carimbo: _____	
	Médico	