

ANEXO I-RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE TERIPARATIDA
1-DADOS DO PACIENTE/ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome:		
Idade:	Sexo:	Cartão do SUS:
Peso (Kg):	Altura(m):	
Estabelecimento de Saúde Solicitante:		
CNES:		

2-DADOS SOBRE A DOENÇA/TRATAMENTO

Classificação segundo CID 10: ☐ M80.0 – Osteoporose pós menopausal com fratura. ☐ M80.4 – Osteoporose induzida por glicorticóide com fratura. ☐ M80.5 – Osteoporose idiopática com fratura. ☐ M81.9 – Osteoporose não especificada.	
Histórico de Fraturas Tem fratura osteoporótica prévia? ☐ Sim ☐ Não Se “sim” qual (is) e local (is): <i>Anexar exame radiológico recente</i>	
Exames Densitometria óssea (<i>anexar</i>) BMD T score Coluna lombar: Colo Femoral: Fêmur total:	
Cálcio sérico:	
Calciúria de 24 horas:	
Fosfatase alcalina:	
25 hidroxí vitamina D:	
Histórico de tratamento:	
Justificativa para o uso de teriparatida:	
OBS: Declaro que o paciente candidato ao uso da Teriparatida não apresentou nenhum critério de exclusão disposto no presente protocolo. Médico prescriptor (assinatura/carimbo): Cuiabá, __/__/__.	

ESPAÇO RESERVADO AO AVALIADOR

Autorização da dispensação: ☐ Sim ☐ Não Justificativa: _____ Médico Avaliador Cuiabá, __/__/__.	
*Todos os campos são de preenchimento obrigatório	

Anexo II – Termo de esclarecimento e adesão do paciente ao programa de dispensação de teriparatida.

Eu, _____
asseguro que fui orientado (a) de forma clara sobre benefícios e riscos do tratamento proposto incluindo informações sobre a guarda do medicamento; dose; posologia e uso; contraindicações e efeitos adversos.

Assim fui informado (a) que o uso do medicamento teriparatida pode desencadear alguns efeitos colaterais. Destes os mais comuns são espasmos musculares na região dorso-lombar e nas pernas. No entanto pode ocorrer hipercalcemia maior que 2,76 mmol/l (11 mg/dl) e raramente eventos alérgicos logo após a injeção: dispneia aguda, edema oro-facial, urticária generalizada, dor no peito, anafilaxia e hipercalcemia maior que 3,25 mmol/l (13 mg/dl).

Fui ainda informado (a) que meu tratamento terá duração máxima de 2 anos uma vez que Não é recomendado o uso de teriparatida por período superior a este.

Declaro ainda que fui informado (a) da minha responsabilidade no programa de dispensação de teriparatida e estou ciente que o êxito do meu tratamento depende de minha adesão a terapia aqui proposta.

Cuiabá, ____/____/____.

Assinatura do paciente ou representante legal.

Assinatura do médico ou responsável pelas orientações.