

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:	
<input type="checkbox"/> M80.0 – Osteoporose pós menopausal com fratura.	
<input type="checkbox"/> M80.4 – Osteoporose induzida por glicorticóide com fratura.	
<input type="checkbox"/> M80.5 – Osteoporose idiopática com fratura.	
<input type="checkbox"/> M81.9 – Osteoporose não especificada.	
Histórico de Fraturas	
Tem fratura osteoporótica prévia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 prescritor (assinatura/carimbo):	
Cuiabá, ___/___/___.	

ESPAÇO RESERVADO AO AVALIADOR

Autorização da dispensação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.