**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL

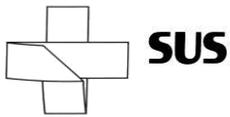


### Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado – Osteoporose

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (facultativo)
- Cópia do comprovante de residência atual em nome do PACIENTE. Quando o endereço estiver em nome de familiares (cônjuge, pais, filhos), trazer comprovante de parentesco (cópia da certidão de casamento, nascimento, etc). Em caso de aluguel, trazer cópia do contrato de aluguel ou, na ausência deste, trazer declaração do proprietário do imóvel, com cópia de RG e CPF, informando que o interessado reside no local.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde)
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante.
- Receita Médica - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data.
- LME - Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico com o (C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo.
- Termo de Consentimento Informado datado, carimbado e assinado pelo médico e pelo paciente.
- Exames comprobatórios do diagnóstico da doença de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

### Exames necessários para abertura e continuidade de processo para:

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p><b>OSTEOPOROSE (Protocolo MS)</b></p> <p><b>Calcitonina 200UI Spray Nasal</b></p> <p><b>Calcitriol 0,25mcg cáps.</b></p> <p><b>Pamidronato 30 e 60 mg injetável F/A</b></p> <p><b>Raloxifeno 60mg comp.</b></p> <p><b>Risedronato 35 mg comp.</b></p> <p>* Atualizado em 20/02/20.</p>	<p>- Descrição dos dados clínicos em laudo médico ou no próprio LME;</p> <p>- Densitometria óssea recente (máx. 1 ano) do fêmur proximal ou coluna, <i>exceto para os casos de fratura de baixo impacto com fatores de risco;</i></p> <p>- Para os casos de fratura de baixo impacto de fêmur, quadril ou vértebra: Radiografia do local acometido;</p> <p>- Para mulheres: Laudo descritivo relatando pós-menopausa (validade 90 dias).</p> <p>(Idade mínima: igual ou superior a 50 anos de idade)</p>	-	<p><b>M80.0 / M80.1</b> <b>M81.0 / M81.1</b> (APENAS PARA MULHERES)</p> <p><b>M80.2 / M80.3</b> <b>M80.4 / M80.5</b> <b>M80.8 / M81.2</b> <b>M81.3 / M81.4</b> <b>M81.5 / M81.6</b> <b>M81.8</b> <b>M82.0</b> <b>M82.1 / M82.8</b> (AMBOS OS SEXOS)</p>



**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**Risedronato, Raloxifeno, Calcitriol, Calcitonina e Pamidronato**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado (a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **risedronato, raloxifeno, calcitriol, calcitonina e pamidronato**, indicados para o tratamento da **osteoporose**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- redução de fraturas; • redução das complicações relacionadas a fraturas.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- não se sabe ao certo os riscos do uso dos medicamentos na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- efeitos adversos mais comuns do **risedronato**: dores abdominais, náusea, diarreia, gases, dor no estômago depressão, tonturas, insônia, ansiedade, dores nos músculos, câimbras, formigamentos, aumento da pressão arterial, dor no peito, falta de ar, vermelhidão e coceira na pele e infecções em geral;
- efeitos adversos mais comuns do **raloxifeno**: câimbras nas pernas, fogachos, formação de coágulos nas veias profundas das pernas, inchaço, náusea, vômitos, dores abdominais e dor de cabeça;
- efeitos adversos mais comuns do **calcitriol**: náuseas, vômitos, sede aumentada, urina aumentada (hipercalcemia). Menos comuns incluem dor de cabeça, dor abdominal e manchas na pele (rash); efeitos adversos mais comuns da calcitonina: náusea, diarreia, prisão de ventre, gases, dor no estômago, perda de apetite, calorões/fogachos, aumento da pressão arterial, dor no peito, falta de ar, chiado no peito, tonturas, aumento do volume de urina, infecções, dores em geral, sangramento e irritação nasal, formação de crostas no nariz (quando administrado nessa via), espirros, reações no local de aplicação do medicamento (quando administrado pela via subcutânea), reações alérgicas, vermelhidão na pele e fraqueza;
- efeitos adversos mais comuns do **pamidronato**: febre, cansaço, sonolência ou insônia, náusea, perda do apetite, aumento dos batimentos do coração, aumento da pressão arterial, prisão de ventre, aftas, dor no local da aplicação e diminuição das células do sangue (células brancas e plaquetas);
- contraindicação em caso de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos; e o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido.

Sei também que continuarei ser atendido (a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) Sim ( ) Não

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

( ) risedronato ( ) raloxifeno ( ) calcitriol ( ) pamidronato ( ) calcitonina

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
_____ <b>Assinatura do paciente ou do responsável legal</b>			
Médico Responsável:	CRM:	UF:	
_____ <b>Assinatura e carimbo do médico</b> Data: __/__/__			



Sistema Único de Saúde

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

### COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

### SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

#### CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1. Número do CNES\*

2. Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3. Nome completo do Paciente\*

5. Peso do paciente\*

kg

4. Nome da Mãe do Paciente\*

6. Altura do paciente\*

cm

7. Medicamento(s)\*

8. Quantidade solicitada\*

1º mês

2º mês

3º mês

1

2

3

4

5

9. CID-10\*

10. Diagnóstico

11. Anamnese\*

12. Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

SIM. Relatar:

NÃO

13. **Atestado de capacidade\***

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14. Nome do médico solicitante\*

17. Assinatura e carimbo do médico\*

15. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*

16. Data da solicitação\*

18. **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\***:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante  
 Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_

19. Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\*  
 Branca  Amarela  
 Preta  Indígena. Informar Etnia: \_\_\_\_\_  
 Parda  Sem informação

20. Telefone(s) para contato do paciente

21. Número do documento do paciente

CPF ou  CNS

22. Correio eletrônico do paciente

23. Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO