

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)**PCDT: OSTEOPOROSE****CID 10:** M80.0; M80.1; M80.2; M80.3; M80.4; M80.5; M80.8; M81.0; M81.1; M81.2; M81.3; M81.4; M81.5; M81.6; M81.8; M82.0; M82.1; M82.8.**1. Medicamentos**

Ácido Zoledrônico 0,05 mg/ml (solução injetável);
Calcitonina 200 UI/dose spray nasal (por frasco);
Calcitriol 0,25 mcg (por cápsula);
Pamidronato 60 mg (por frasco-ampola);
Raloxifeno 60 mg (por comprimido);
Risedronato 35 mg (por comprimido);
Romosozumabe 90mg/ml (solução injetável); **(Exceto CID10: M80.0) Para mulheres acima de 70 anos e está no período pós menopausa.**

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)**2.1 Documentos pessoais;**

- ✓ Carteira de Identidade – RG
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS
- ✓ Comprovante de Residência com CEP
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseja autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico;**SOLICITAÇÃO INICIAL**

() **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;

() **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;

() **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, e tratamentos prévios

() **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**

PARA CALCITONINA E RALOXIFENO (CRITÉRIO DE INCLUSÃO OBRIGATÓRIO):

() Laudo médico informando que o paciente apresenta intolerância ou falha terapêutica aos medicamentos de primeira linha (Risedronato, Pamidronato, Alendronato, ácido Zoledrônico).

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESESE PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO

() **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;

() **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;

() **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas.

2.3 Exames Obrigatórios;**SOLICITAÇÃO INICIAL**

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

Para os medicamentos:

- () Cópia do laudo de densitometria óssea com o valor do T-score OU Cópia do laudo de exame radiológico da Não região com fratura;
- () Cópia do exame de Clearance de Creatinina. **(Exceto para Calcitriol)**

Para Risedronato:

- () Cópia do exame de Cálcio sérico (cálcio total corrigido pela albumina ou cálcio iônico);
- () Cópia do exame de Clearance de Creatinina;
- () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil.

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade correspondente à patologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pelas Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Nº 451, de 09 de junho de 2014 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Osteoporose**.

Para Calcitonina:

Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente**

Exames Genéticos: **sem validade**

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à
Farmácia Especializada da Paraíba.**



TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657