



Contato: (83)99114-0673 (83)99118-8691 (83)99185-2657

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos

(Última revisão: 19/12/2025)

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 Disponíveis:

- Ácido Zoledrônico 0,05mg/ml(solução injetável)
- Calcitonina 200 UI/dose spray nasal (frasco)
- Calcitriol 0,25 mcg (cápsula)
- Pamidronato 60mg(frasco-ampola)
- Raloxifeno 60 mg (comprimido)
- Risedronato 35 mg (comprimido)
- Romosozumabe 90mg/ml (solução injetável) - **Indicado para o tratamento de mulheres na pós-menopausa com osteoporose grave e falha terapêutica.**

2. Documentos Necessários:

2.1 Documentos Pessoais (Original e Cópia):

- () Carteira de Identidade (RG)
() Cadastro de Pessoa Física (CPF)
() Cartão Nacional de Saúde (CNS)
() Comprovante de Residência com CEP

Caso o paciente deseje autorizar um representante para cadastro e retirada do medicamento, deve apresentar:

- **Declaração Autorizadora + RG e CPF do representante**

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):

Solicitação Inicial:

- () **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
() Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento
() Descrição clínica detalhada de sinais e sintomas
() **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).



Contato: (83)99114-0673 (83)99118-8691 (83)99185-2657

Renovação (a cada seis meses):

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento
- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios

2.3 Exames obrigatórios:

Para Solicitação Inicial:

Para todos 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.
 () Cópia de exame de dosagem de cálcio na urina de 24 horas
 () Cópia de exame de 25-hidroxivitamina D (25OHD)
 () Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)
 () Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH)
 () Cópia do exame de dosagem de TSH
 () Cópia do exame de dosagem de T4 livre
 () Cópia do exame de dosagem sérica de albumina
 () Cópia do exame de dosagem sérica de cálcio (cálcio total corrigido pela albumina ou cálcio iônico);
 () Cópia do exame de dosagem sérica de fósforo
 () Cópia do exame de Hemograma completo
 ()Cópia de exame de dosagem sérica de creatinina

Para Risedronato:

- () Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em **idade fértil**

Para Calcitriol:

- () Cópia do exame de Velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG)
 () Cópia do exame de Clearence de Creatinina

Para Adequação e/ou Renovação:

Para todos os medicamentos:

- () Desintometria Óssea (a cada 1 ou 2 ano)

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada desde que tenham o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) regularizados. **Não há exigência de especialidade médica neste Protocolo.**



Contato: (83)99114-0673 (83)99118-8691 (83)99185-2657

4. Para receber os medicamentos:

O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:

- Documento de identificação com foto;
- Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998;
- Cartão do usuário.

5. Observações:

5.1. A resposta à solicitação será emitida em **até 20 dias úteis**;

5.2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar preenchidos de forma legível, em acordo com a legislação vigente;

5.3. Regras estabelecidas pelas Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e portaria conjunta saes/sectics nº 19, de 28/09/2023, aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas **da Osteoporose**;

5.4. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.

5.5. Para calcitonina: levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

5.6 5.1. O exame Beta HCG deve ser apresentado **mensalmente do mês vigente** para pacientes do sexo feminino em **idade fértil**. **PARA: RISEDRONATO**.

6. Atenção à Validade dos Exames:

- Exames Laboratoriais: **Validade de 3 meses**
- Exames de Imagem: **Validade de 1 ano**
- Beta HCG ou Ultrassonografia Obstétrica: **Do mês vigente**
- Exames Genéticos: **Sem validade**