

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 Clearance de Creatinina

Para Adequação e/ou Renovação:**Para todos os medicamentos:**

- () Densitometria 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**