

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

## **Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos** (Última revisão: 15/06/2026)

**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 | M85.8

### **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) – **apenas mulheres**
- 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**

<b>Renovação (a cada seis meses):</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica</li><li>• Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento</li><li>• Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios</li></ul>

### 2.3 Exames obrigatórios:

<b>Para Solicitação Inicial:</b>
<p><b>Para todos os medicamentos:</b></p> <p>( ) Cópia do laudo de densitometria óssea com o valor do T-score <b>ou</b> Cópia do laudo de exame radiológico da não região com fratura - exceto <b>Romosozumabe</b>;</p> <p>( ) Cópia do exame de hemograma completo;</p> <p>( ) Cópia do exame de velocidade de hemossedimentação (VHS);</p> <p>( ) Cópia da dosagem sérica de cálcio;</p> <p>( ) Cópia da dosagem sérica de fósforo;</p> <p>( ) Cópia da dosagem sérica de albumina;</p> <p>( ) Cópia da dosagem sérica de creatinina;</p> <p>( ) Cópia de exame de 25-hidroxitamina D (25OHD)</p> <p>( ) Cópia do exame de dosagem de fosfatase alcalina (FA)</p> <p>( ) Cópia do exame de dosagem de Paratormônio (PTH)</p> <p>( ) Cópia do exame de dosagem de TSH</p> <p>( ) Cópia do exame de dosagem de T4 livre</p> <p>( ) Cópia de exame de dosagem de cálcio na urina de 24 horas</p> <p><b>Para Ácido Zoledrônico:</b></p> <p>( ) Cópia do exame de Clearance de Creatinina</p> <p><b>Para Romosozumabe:</b></p> <p>( ) Cópia do laudo de densitometria óssea com o valor do T-score e</p> <p>( ) Cópia do laudo de exame radiológico da não região com fratura;</p> <p><b>Para Risedronato:</b></p> <p>( ) Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em <b>idade fértil</b></p>
<b>Para Adequação e/ou Renovação:</b>
<p><b>Para todos os medicamentos:</b></p> <p>( ) Desintometria Óssea (a cada 1 ou 2 ano)</p>
<p>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.</p>
<p>Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador</p>

### 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**