



AVALIAÇÃO DE RISCO DE FRATURAS E INDICAÇÃO DE TRATAMENTO - OSTEOPOROSE -

DADOS DO BENEFICIÁRIO					
Nome do Beneficiário			Matrícula / Dependente		CPF
Idade	Sexo () F () M	Peso (kg): _____ Altura (cm): _____	Telefone celular	E-mail	
CID 10ª edição () M80 () M81 () _____ () _____				T-Score: _____	
Outras informações:					

PARA PREENCHIMENTO DO MÉDICO ASSISTENTE	
<p>Declaro, para fins de concessão de Auxílio Medicamento de Uso Contínuo pela CAPESESP, que o beneficiário do CAPESAÚDE acima identificado é portador de Osteoporose, possuindo histórico de um ou mais fatores que podem elevar o risco de fraturas, assinalados a seguir:</p>	
<input type="checkbox"/> DMO < -2,5 <input type="checkbox"/> Histórico de fratura associada à fragilidade óssea <input type="checkbox"/> Sexo feminino <input type="checkbox"/> História de fratura em familiar de primeiro-grau <input type="checkbox"/> História de osteoporose em familiar de primeiro-grau <input type="checkbox"/> Raça branca, asiática ou caucásica (não-hispânica) <input type="checkbox"/> Idade avançada (acima de 65 anos) <input type="checkbox"/> Tratamento com corticosteróides <input type="checkbox"/> Insuficiência estrogênica ou menopausa precoce <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Baixo peso (< 56,7kg) ou IMC < 19 <input type="checkbox"/> Baixa ingestão de cálcio (ao longo da vida) <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Perda de estatura (acima de 2,5 cm) ou hipercifose <input type="checkbox"/> Doença associada à perda de massa óssea <input type="checkbox"/> Medicamentos associados a perda de massa óssea* <input type="checkbox"/> Quedas frequentes <input type="checkbox"/> Baixa capacidade física <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
<p>* exceto corticosteróides</p> <p>Em função do exposto, há indicação de tratamento contínuo com o seguinte medicamento, cuja prescrição encontra-se em anexo:</p>	
<input type="checkbox"/> Ácido Zoledrônico (Teoro®) - administração anual - A concessão do benefício de medicamento Teoro® de uso continuado para Osteoporose terá duração máxima de 03 (três) anos. Nos casos em que houver indicação clínica do médico solicitante para utilização do medicamento por período superior, poderá ser solicitada justificativa técnica complementar a ser fornecida pelo médico assistente, bem como parecer de outro especialista, podendo, a critério da Operadora, ser autorizado o fornecimento do medicamento de uso continuado para Osteoporose por período superior a 03 (três) anos.	
<input type="checkbox"/> Denosumabe (Prolia®) - autoaplicação subcutânea com administração semestral - Em relação ao Denosumabe (Prolia®), o paciente está ciente de que é uma medicação subcutânea autoaplicável em domicílio cuja orientação deve ser previamente repassada pelo médico solicitante.	
LOCAL E DATA	CARIMBO/ASSINATURA / CRM E CPF DO MÉDICO

AUTORIZAÇÃO DO TITULAR / BENEFICIÁRIO	
<p>Autorizo receber contato telefônico e/ou e-mail (conforme dados constantes neste formulário) para participar dos Programas de adesão ao tratamento: Ácido Zoledrônico (Teoro®) ou Denosumabe (Prolia®).</p>	
ASSINATURA DO TITULAR	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (se diferente do TITULAR)