



## 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

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:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DMO < -2,5   | <input type="checkbox"/> Tabagismo  |
| <input type="checkbox"/> Histórico de fratura associada à fragilidade óssea   | <input type="checkbox"/> Baixo peso (< 56,7kg) ou IMC < 19                  |
| <input type="checkbox"/> Sexo feminino  | <input type="checkbox"/> Baixa ingestão de cálcio (ao longo da vida)        |
| <input type="checkbox"/> História de fratura em familiar de primeiro-grau     | <input type="checkbox"/> Alcoolismo   |
| <input type="checkbox"/> História de osteoporose em familiar de primeiro-grau | <input type="checkbox"/> Perda de estatura (acima de 2,5 cm) ou hipercifose |
| <input type="checkbox"/> Raça branca, asiática ou caucásica (não-hispânica)   | <input type="checkbox"/> Doença associada à perda de massa óssea            |
| <input type="checkbox"/> Idade avançada (acima de 65 anos)                    | <input type="checkbox"/> Medicamentos associados a perda de massa óssea*    |
| <input type="checkbox"/> Tratamento com corticosteróides                      | <input type="checkbox"/> Quedas frequentes                                  |
| <input type="checkbox"/> Insuficiência estrogênica ou menopausa precoce       | <input type="checkbox"/> Baixa capacidade física                            |
| <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> _____  | <input type="checkbox"/> _____  |

\* exceto corticosteróides

Em função do exposto, há indicação de tratamento contínuo com o seguinte medicamento, cuja prescrição encontra-se em anexo:

**Ácido Zoledrônico (Aclasta®)** - administração anual - A concessão do benefício de medicamento Aclasta® 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.

**Denosumabe (Prolia®)** - autoaplicação subcutânea com administração semestral - Em relação ao Denosumabe (Prolia®), o paciente está ciente que é uma medicação subcutânea autoaplicável em domicílio cuja orientação deve ser previamente fornecida pelo médico solicitante.

LOCAL E DATA

CARIMBO/ASSINATURA/ CRM E CPF DO MÉDICO

### AUTORIZAÇÃO DO TITULAR / BENEFICIÁRIO

Autorizo receber contato telefônico e/ou e-mail (conforme dados constantes neste formulário) para participar dos Programas de adesão ao tratamento: Programa Osteolink - Ácido Zoledrônico (Aclasta®) ou Programa Saúde Óssea - Denosumabe (Prolia®).

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (se diferente do TITULAR)