

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 28/05/2024)**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**

- Ácido Zoledrônico 0,05 mg/ml (solução injetável);
- Calcitonina 200 UI/dose spray nasal (por frasco);
- Calcitriol 0,25 mcg (por cápsula);
- Pamidronato 60 mg (por frasco-ampola);
- Raloxifeno 60 mg (por comprimido);
- Risedronato 35 mg (por comprimido);
- Romosozumabe 90mg/ml (solução injetável); (**Exceto CID10: M80.0**)

**2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)****2.1 Documentos pessoais;**

- ✓ Carteira de Identidade – RG
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS
- ✓ Comprovante de Residência com CEP
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

**2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico;****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- ( ) **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, e tratamentos prévios
- ( ) **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, ácido Zoledrônico).

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES**

- ( ) **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas.

**2.3 Exames Obrigatórios;****SOLICITAÇÃO INICIAL****Para todos os medicamentos:**



CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691

Desintometria Óssea recente (1 ano máximo)

**Para Ácido Zoledrônico, Romosozumabe :**

Cópia do exame de Clearance de Creatinina

**Para Risedronato:**

Cópia do exame de Cálcio sérico (cálcio total corrigido pela albumina ou cálcio iônico);

Cópia do exame de Clearance de Creatinina

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

### RENOVAÇÃO

**Para todos os medicamentos:**

Desintometria Óssea (a cada 2 anos máximo)

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** que atendam na **especialidade correspondente à patologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 4. Para receber os medicamentos

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer, ao CEDMEX munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional de Saúde e Cartão do Usuário.

### 5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias;
2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
3. Regras estabelecidas pelas Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Nº 451, de 09 de junho de 2014 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Osteoporose**.

### Para Calcitonina:

Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o ao**

SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica**  
**TELEFONE: (83) 99114-0673/99118-8691**

**Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**