



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

**FORMULÁRIO PRÉ – APLICAÇÃO
DE ÁCIDO ZOLEDRÔNICO**

DATA: ____/____/____

DADOS DO PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: () M () F

DADOS DO MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME: _____

SERVIÇO: _____ TELEFONE: _____

ORIENTAÇÕES AO MÉDICO ASSISTENTE:

Para aplicação de ácido zoledrônico prescrito faz-se necessário:

*Preenchimento deste formulário

*Garantir reposição de cálcio e vitamina, com níveis de vitamina D 25OH acima de 30

*Paciente apresentar taxa de filtração glomerular acima de 35 mL/min/1,73 m²

*Apresentar os seguintes exames com validade < 90 dias da data da aplicação: cálcio, albumina, VITD25OH e creatinina.

* Pacientes com arritmia cardíaca (ex: fibrilação atrial) e/ou cardiopatia com alto risco de arritmia devem ter aplicação realizada a nível hospitalar ou em centros de infusão especializados.

DADOS CLÍNICOS (Deverá ter todos os itens preenchidos pelo médico assistente)

1. Paciente faz uso de suplementação de cálcio e vitamina D?

2. () Sim () Não

3. CREATININA SÉRICA: _____ (DATA: ____/____/20____)

TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR (TFG) ESTIMADA: _____ ML/MIN

(Preferência CKDEPI) Site para cálculo: <https://sbn.org.br/medicos/utilidades/calculadoras-nefrologicas/ckd-epi-2021>)

4. Paciente apresenta alguma arritmia cardíaca (ex: fibrilação atrial) e/ou cardiopatia com alto risco de arritmia?

() Sim () Não

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas

Carimbo e assinatura do médico assistente

Telefone para contato