FORMULÁRIO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA OSTEOMALÁCIA E RAQUITISMO

PORTARIA CONJUNTA SAS/SCTIE/MS Nº 02, DE 11 DE JANEIRO DE 2022

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE

NOME: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ /_____ / _____ IDADE:_____ GÊNERO: M F

MÉDICO RESPONSÁVEL

NOME: _____

SERVIÇO: _____TELEFONE: _____

DADOS CLÍNICOS

A. Idade ao diagnóstico:_____

B. Uso prévio de medicamentos:

Fósforo Não ( ) Sim ( ) Desde: _____

Calcitriol Não ( ) Sim ( ) Desde: _____

Burosumabe Não ( ) Sim ( ) Desde: _____

Nenhum dos anteriores ( )

C. Diagnóstico confirmado por EXAME MOLECULAR de HLX (hipofosfatemia ligada ao cromossomo X):

Não ( ) Sim ( ) Anexar laudo

D. Dados de Exame Físico

Peso: _____ Kg

Altura: _____ cm

Distância intercondilar: _____

Distância intermaleolar: _____

EXAMES COMPLEMENTARES

A) LABORATÓRIO (validade de 90 dias – anexar cópia dos exames)

- ✓ **Cálcio Sérico**
- ✓ **Fósforo sérico**
- ✓ **Fosfatase Alcalina**
- ✓ **PTH**
- ✓ **1,25 OH Vitamina D**
- ✓ **Creatinina sérica**
- ✓ **Cálcio urinário (amostra isolada)**
- ✓ **Fósforo urinário (amostra isolada)**
- ✓ **Creatinina urinária (amostra isolada)**
- ✓ **TmP/ GFR: _____**

B) RADIOGRAFIAS DE PUNHOS – Idade óssea (anexar cópia de laudo)

C) RADIOGRAFIAS DE JOELHOS (anexar cópia de laudo)

D) USG RENAL (anexar cópia de laudo)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CID 10: _____

DOSE SOLICITADA DE BUROSUMABE: _____

- **Anexar receita médica**

_____ _____

Carimbo e assinatura do médico assistente **Data**

AVALIAÇÃO DA COMISSÃO MÉDICA - SESAB

AVALIAÇÃO FINAL DO PROCESSO: **Deferido** ( ) **Indeferido** ( )

BUROSUMABE DOSE MENSAL: _____

_____ _____

Carimbo e assinatura do médico avaliador **Data**