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
Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia - CEDEBA

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: calcio, 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?**
   ( ) Sim ( ) Não
2. **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)

3. **Paciente apresenta alguma arritimia 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***