



Data: / / Unidade de Saúde: Distrito Sanitário:

Nome do(a) usuário(a):

Data de nascimento: / / CPF: Telefone:

[illegible]

☐ **OSTEOPOROSE** - Estão incluídos, conforme PCDT Osteoporose do Ministério da Saúde disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/o/osteoporose>. ANEXAR COPIA DE EXAME QUE CORROBORE O DIAGNÓSTICO.

Com idade igual ou superior a 50 anos que apresentarem pelo menos uma das condições abaixo:

- Fraturas maiores (i.e., fêmur proximal, rádio distal, úmero proximal ou coluna vertebral) ou fraturas de quadril, por baixo impacto (decorrentes de queda da própria altura ou menos) e comprovadas radiologicamente, sem necessidade de densitometria;
- Exame densitométrico com T-escore menor ou igual a -2,5 no fêmur proximal (colo ou fêmur total) ou coluna lombar;
- Baixa massa óssea (T-escore menor ou igual a -1,0 e maior ou igual a -2,49) em pacientes frágeis.

☐ **HIPOPARATIREOIDISMO ou TIREOIDECTOMIA - ANEXAR CÓPIA DE EXAME QUE CORROBORE O DIAGNÓSTICO.** Estão incluídos usuários com diagnóstico laboratorial de hipoparatiroidismo, definido como cálcio total corrigido para albuminemia menor que 8 mg/dL ou cálcio iônico menor que 4 mg/dL associado a PTH sérico menor que 30 pg/mL, conforme PCDT Hipoparatiroidismo do Ministério da Saúde disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/h/hipoparatiroidismo>

☐ **USO PROLONGADO DE CORTICOIDES** (Hanseníase, Lúpus, outros), contendo justificativa médica com CID e medicamentos que o(a) usuário(a) está utilizando.

☐ **GESTANTE PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA** (Durante a gestação, contendo justificativa médica com CID e data provável do parto- DPP: / /).

1. **PRESCRIÇÃO MÉDICA** (Serão atendidas prescrições originadas no SUS conforme Decreto 7.508/2011).
2. **JUSTIFICATIVA TÉCNICA PREENCHIDA PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DO USUÁRIO**