



Data: / / Unidade de Saúde: Distrito Sanitário:

Nome do(a) usuário(a):

Data de nascimento: / / . CPF: Telefone:

Nome da mãe:

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 hipoparatireoidismo, 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 Hipoparatireoidismo do Ministério da Saúde disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/h/hipoparatireoidismo/view>

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

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