



## Plano Terapêutico – Doença de Paget Óssea

Caro (a) Doutor (a), solicitamos as informações abaixo relacionadas, para orientação dos auditores médicos do PLANSEV, sobre o procedimento terapêutico indicado para nosso (a) beneficiário (a).

### I - Identificação do Médico Assistente

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|
| 1. Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2. CRM | 3. Celular  |
| 4. Reumatologista?<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Residência em Reumatologia <input type="checkbox"/> Título de Especialista ABM/SBR                                                                                                                                                                                                                                                                    |        | 5. Telefone |
| 1. Declaro que sou responsável pela supervisão deste tratamento e prestarei ao beneficiário, à vigilância sanitária e à equipe envolvida na administração do medicamento as informações médicas que se fizerem necessárias.<br>2. Autorizo os auditores médicos do PLANSEV a consultarem o prontuário médico mantido no meu serviço para informações complementares.<br>3. A critério médico o beneficiário poderá ser contatado para maiores esclarecimentos. |        |             |

### II - Identificação do Paciente

|                     |             |
|---------------------|-------------|
| 1. Nome do Paciente | 2. Telefone |
|---------------------|-------------|

### III – Histórico do Tratamento

| Data do Diagnóstico |           |               |
|---------------------|-----------|---------------|
| Medicamento         | Posologia | Período       |
| 1.                  |           | Mês/Ano / a / |
| 2.                  |           | Mês/Ano / a / |
| 3.                  |           | Mês/Ano / a / |
| 4.                  |           | Mês/Ano / a / |

### IV Registro de Exames

| Exames                       | Valor | Data da realização |
|------------------------------|-------|--------------------|
| 1. Fosfatase Alcalina (U/L): |       | / /                |
| 2. Calcemia (mg/dL):         |       | / /                |
| 3. Creatinina (mg/dL):       |       | / /                |

### V – Descrever sucintamente principais manifestações e complicações relacionadas a Doença de Paget

|  |
|--|
|  |
|--|

### VI – Doenças Associadas:

|  |
|--|
|  |
|--|

### VII – Prescrição Médica de Agente Biológico

|              |            |
|--------------|------------|
| Medicamento: | Posologia: |
|--------------|------------|

Assinatura e carimbo do médico assistente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Para iniciar tratamento anexar a este relatório:

1. Cópia de exame radiológico das áreas comprometidas (até 1 ano de realizado);
2. Cópia de laudo de cintilografia óssea (até 1 ano de realizado);
3. Cópia de exames laboratoriais: creatinina sérica, fosfatase alcalina e dosagem de cálcio;
4. Termo de Consentimento informado assinado pelo paciente e pelo médico assistente.