

	Tipo	Código
	Formulário	Revisão
	Título	0
Solicitação de 25(OH) Vitamina D		Página
		1 de 2

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO — 25-HIDROXIVITAMINA D [25(OH)D]

Athena Saúde — Gestão de Centros Médicos Próprios

LEIA ANTES DE PREENCHER

A dosagem de 25(OH)D **NÃO é recomendada para rastreamento populacional** pela U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF, 2021), Endocrine Society (2024), Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) e Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC).

A solicitação **fora das indicações listadas abaixo será glosada** pelo setor de auditoria médica.

O profissional solicitante declara, ao assinar este formulário, ciência integral deste protocolo.

SEÇÃO 1 — IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (todos os campos obrigatórios)

Campo	Preenchimento
Nome completo	_____
Data de nascimento	____/____/____ Idade: ____ anos
Sexo biológico	Masculino Feminino
CPF	____.____.____-____
Carteirinha / matrícula	_____
Telefone de contato	(____) ____-____
Plano / convênio	_____
Unidade Athena de atendimento	_____
Peso (kg)	____ Altura (m): ____ IMC: ____
Cor da pele (Fitzpatrick)	I II III IV V VI

SEÇÃO 2 — IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Campo	Preenchimento
Nome completo	_____
CRM / UF	____/____
RQE (registro de especialista)	_____
Especialidade	_____
Unidade Athena	_____
E-mail institucional	_____
Telefone para contato da auditoria	_____

SEÇÃO 3 — VERIFICAÇÃO DE DOSAGEM PRÉVIA (obrigatório)

Regra institucional: Repetição de 25(OH)D em intervalo inferior a **12 meses** exige justificativa adicional (Seção 8) e anexação do resultado anterior. Em pacientes em reposição, intervalo mínimo é de **3 meses após início/ajuste de dose**.

- O paciente já realizou dosagem de 25(OH)D nos últimos 12 meses?
 Não, é a primeira dosagem
 Sim — data do último exame: ____/____/____ Resultado: ____ ng/mL
 Desconheço (deve ser pesquisado em prontuário antes da solicitação)
- Caso "Sim", justificar repetição: Monitorização de reposição (mínimo 3 meses desde início/ajuste) Mudança clínica significativa documentada Outra: _____

SEÇÃO 4 — INDICAÇÃO CLÍNICA (marcar pelo menos uma — somente as listadas são autorizadas)

4.1 Doenças ósseas e do metabolismo mineral

Osteoporose densitométrica documentada (anexar laudo de DEXA)

Osteopenia com fatores de risco adicionais

Fratura por fragilidade prévia (especificar sítio): _____

Raquitismo / osteomalácia (suspeita ou diagnóstico)

Hiperparatireoidismo primário ou secundário documentado

Hipocalcemia laboratorial confirmada (Ca total ou iônico): ____ mg/dL em ____/____/____

Hipercalcemia em investigação etiológica

Elaboração	Revisão	Aprovação
_____	_____	Data: 20/05/2026

	Tipo	Código
	Formulário	FOR LAB 0001
	Título	Revisão
	SOLICITAÇÃO DE 25-HIDROXIVITAMINA D	0
		Página
		2 de 2

Hipofosfatemia em investigação

4.2 Síndromes de má-absorção

Doença celíaca confirmada (sorologia/biópsia)
 Doença inflamatória intestinal (Crohn / RCU) com atividade nos últimos 12 meses
 Pós-cirurgia bariátrica — tipo: Bypass Sleeve Switch — data: ____/____/____
 Pancreatite crônica / insuficiência pancreática exócrina
 Síndrome do intestino curto / ressecção intestinal extensa
 Fibrose cística

4.3 Doença renal / hepática

DRC estágio ≥ 3 (TFGe < 60 mL/min/1,73m²): valor atual ____
 Síndrome nefrótica em atividade
 Hepatopatia crônica Child-Pugh B/C
 Colestase crônica

4.4 Medicações e doenças que afetam metabolismo da vitamina D

Uso crônico de glicocorticoide sistêmico (≥ 5 mg prednisona ou equivalente por ≥ 3 meses)
 Anticonvulsivantes (fenitoína, fenobarbital, carbamazepina) — duração: ____
 Antirretroviral (especificar): ____
 Antifúngico azólico de uso crônico
 Rifampicina / colestiramina de uso crônico
 Sarcoidose / outra doença granulomatosa (TB, histoplasmose, beriliose) — especificar: ____
 Linfoma diagnosticado

4.5 Outras situações reconhecidas

Gestante em grupo de risco (especificar): ____
 Idoso (≥ 65 anos) com **histórico de quedas recorrentes** documentadas (≥ 2 em 12 meses)
 Lactente com aleitamento materno exclusivo e fatores de risco
 Pré-operatório de cirurgia bariátrica (≤ 90 dias da cirurgia)

4.6 Indicação não listada

Indicação não contemplada acima — **exige parecer prévio da auditoria médica institucional** (preencher Seção 9 e aguardar autorização)

SEÇÃO 5 — CID-10 OBRIGATÓRIO (mínimo 1, máximo 3)

Apenas CIDs compatíveis com indicações da Seção 4 serão autorizados.

CID	Descrição

SEÇÃO 6 — DADOS CLÍNICOS DE SUPORTE

6.1 Tempo de evolução do quadro/condição que motivou o pedido: ____ meses

6.2 Sintomas/achados objetivos (marcar todos aplicáveis)

Fratura por fragilidade
 Dor óssea focal documentada (não dor muscular difusa)
 Deformidade óssea
 Fraqueza muscular proximal objetivada ao exame
 Tetania / parestesia / sinal de Chvostek ou Trousseau
 Alterações laboratoriais já documentadas (Ca, P, PTH, FA)
 Quedas recorrentes documentadas (≥ 2 /ano em ≥ 65 anos)
 Outros: ____

6.3 Exames laboratoriais já realizados na investigação atual (anexar)

Cálcio total e iônico — data: ____ resultado: ____
 Fósforo — data: ____ resultado: ____
 PTH — data: ____ resultado: ____
 Fosfatase alcalina — data: ____ resultado: ____

	Tipo	Código
	Formulário	FOR LAB 0001
	Título	Revisão
	SOLICITAÇÃO DE 25-HIDROXIVITAMINA D	0
		Página
		3 de 2

Magnésio — data: _____ resultado: _____
 Função renal (creatinina/TFGe) — data: _____ resultado: _____
 Albumina — data: _____ resultado: _____
 DEXA — data: _____ T-score coluna: _____ fêmur: _____

SEÇÃO 7 — CONDUTA TERAPÊUTICA ATUAL

Paciente **não está** em reposição de vitamina D

Paciente está em reposição:

- Princípio ativo: _____
- Dose: _____ UI Frequência: diária semanal mensal outra: _____
- Data de início: ____/____/____
- Última dosagem de 25(OH)D após início/ajuste: ____/____/____ resultado: _____ ng/mL

SEÇÃO 9 — SOLICITAÇÃO DE EXCEÇÃO (apenas se Seção 4.6 marcada)

9.1 Indicação fora do protocolo: _____

9.2 Referência bibliográfica que sustenta a solicitação (diretriz, sociedade médica, artigo — citar formato Vancouver): _____

9.3 Parecer do Auditor Médico Institucional: Autorizado Negado Em análise Auditor responsável: _____
 CRM: _____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____

SEÇÃO 10 — DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO SOLICITANTE

Declaro que:

Estou ciente de que o exame poderá ser **glosado** caso a auditoria identifique inconsistência entre indicação, CID e dados clínicos.

SEÇÃO 11 — ASSINATURAS

Médico solicitante	
Data	____/____/____ Hora: ____:____
Assinatura/Carimbo	
Auditor médico (uso interno)	
Parecer	Autorizado Glosado Devolvido para complementação
Data	____/____/____
Assinatura/Carimbo	

Uso exclusivo da auditoria — não preencher

Campo	Conteúdo
Protocolo de entrada	_____
Score de aderência ao protocolo	_____ / 100
Observações	_____

Documento institucional — versão 1.0 — vigência a partir de 2026.