

	Tipo	Código
	Formulário	Revisão
	Título	0
	Solicitação de 25(OH) Vitamina D	Página
		1 de 3

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

Elaboração	Revisão	Aprovação
		Data: 20/05/2026

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

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

☐ Hipercalemia em investigação etiológica

☐ 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, berliose) — 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)

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

☐ 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: _____

☐ 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	