

Zdravotná poisťovňa:
Kód zdravotnej poisťovne:

Protokol o začatí a kontrole liečby závažnej osteoporózy liekom

Liečba

- začatie liečby
 pokračovanie liečby
 ukončenie liečby

Meno, priezvisko a špecializácia navrhujúceho / ošetrojúceho lekára: kód lekára:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: kód PZS:
Telefónne číslo, číslo faxu, emailová adresa:
Meno, priezvisko a špecializácia indikujúceho lekára: kód lekára:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia: kód PZS:
Telefónne číslo, číslo faxu, emailová adresa:
Meno a priezvisko pacienta: Rodné číslo:
Adresa trvalého pobytu:

ŠÚKL kód lieku:
ATC kód lieku:
Názov lieku:
Doplňok názvu lieku:
Požadovaný počet balení:
Na obdobie:
Dávkovanie:
Diagnóza podľa MKCH: slovom:

Dátum:

I. časť

Žiadosť o súhlas na začatie liečby liekom

FORSTEO H05AA02

A Postmenopauzálna osteoporóza, osteoporóza u mužov

B Glukokortikoidmi indukovaná osteoporóza

PREOTACT H05AA03

1. Z anamnézy

Menopauza od roku:

Osteoporóza od roku:

Posledné RTG vyšetrenie chrbtice v roku:

Liečba glukokortikoidmi od :

Glukokortikoidy v dávke :

Zlomeniny:

	lokalizácia	dátum	mechanizmus úrazu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

2. Aktuálne vyšetrenia

- osteodenzitometria DXA:

dátum:

Proximálny femur:

– celková oblasť (Total Hip): T-skóre:

– krčok femuru: T-skóre:

Porovnanie s predchádzajúcim vyšetrením:

dátum:

trend: %

Bedrová chrbtica L₁₋₄ (iná:): T-skóre:

Zdôvodnenie vyšetrenia inej oblasti ako L₁₋₄:

Porovnanie s predchádzajúcim vyšetrením:

dátum:

trend: %

- Vyšetrenie markerov kostnej remodelácie:

dátum:

- Marker kostnej rezorpcie:

typ:

aktuálna hodnota:

- Marker kostnej formácie:

typ:

aktuálna hodnota:

3. Doterajšia liečba osteoporózy

- Antirezorpčná liečba osteoporózy:

áno
 nie

- Typ liečby (aktívna látka):
- Dĺžka terapie:

4. Kontraindikácie podávania lieku

FORSTEO
 PREOTACT

NEPRÍTOMNÉ

PRÍTOMNÉ (uvedie sa ktoré)

- precitlivosť na teriparatid alebo 1-84 PTH alebo inú pomocnú látku lieku,
- preexistujúca hyperkalcémia,
- ťažká renálna insuficiencia – hladina kreatinínu v krvi nad 200 $\mu\text{mol/l}$,
- metabolické ochorenia skeletu iné ako primárna osteoporóza vrátane hyperparatyreózy a Pagetovej choroby,
- nejasné zvýšenie alkalickej fosfatázy,
- predchádzajúce vonkajšie ožarovanie skeletu alebo rádioterapia skeletu implantovaným zdrojom žiarenia
- iné, uvedie sa aké:

.....

.....

5. Súhlas pacienta s liečbou

Svojim podpisom súhlasím s navrhovanou liečbou.

.....
podpis, dátum

6. Záver ošetrojúceho lekára

Pacient/ka/ je indikovaný/á/ na liečbu liekom

FORSTEO

- A** Postmenopauzálna osteoporóza, osteoporóza u mužov
B Glukokortikoidmi indukovaná osteoporóza

Pacientka v postmenopauzálnom období je indikovaná na liečbu liekom

PREOTACT

na základe aspoň jedného z nasledujúcich indikačných kritérií:

T-skóre (krčok femuru alebo Total Hip) < -2,9 SD a súčasne potvrdené mnohopočetné (≥ 2) zlomeniny stavcov.

Zlomenina stavca je definovaná ako zníženie

- a) prednej výšky tela stavca >20% v porovnaní so zadnou výškou tela stavca
alebo

b) prednej, strednej alebo zadnej výšky tela stavca >20% v porovnaní s normálnou výškou tela stavca.

T-skóre (krčok femuru alebo Total Hip) < -2,9 SD a súčasné zlyhanie minimálne 2-ročnej antiresorpčnej liečby osteoporózy, manifestované osteoporotickou fraktúrou.

T-skóre (krčok femuru alebo Total Hip) < -2,9 SD a súčasné zlyhanie minimálne 2-ročnej liečby osteoporózy, manifestované poklesom kostnej denzity (BMD) o $\geq 6\%$.

Glukokortikoidmi indukovaná osteoporóza

dlhodobá liečba glukokortikoidmi (viac ako tri mesiace v dávke viac ako 5 mg prednizonu alebo v ekvivalentnej dávke iného glukokortikoidu) u pacientov s

aspoň jednou osteoporotickou fraktúrou,
alebo

denzitometricky zistenom T-skóre v oblasti krčka femuru, v oblasti total hip a v oblasti L chrbtice < -2,9 SD, v jednej z týchto lokalít

Odtlačok pečiatky a podpis navrhujúceho / ošetrojúceho lekára

Dátum:

II. časť

Monitorovanie liečby liekom

FORSTEO H05AA02

PREOTACT H05AA03

6 mesiacov od začatia liečby

1. Kompliancia

Aplikátory boli vyprázdnené?

áno

nie

Dátum						
Počet						

2. Tolerancia liečby dobrá?

áno

nie, uvedie sa dôvod:.....

.....

3. Výskyt klinických osteoporotických zlomenín počas liečby liekom

FORSTEO

PREOTACT

nie

áno:

lokalizácia:.....

dátum diagnostikovania zlomeniny:.....

4. Vyšetrenie markerov kostnej remodelácie

dátum:

- Marker kostnej rezorpcie:

typ:

aktuálna hodnota:

- Marker kostnej formácie:

typ:

aktuálna hodnota:

Bolo preukázané zvýšenie markeru kostnej formácie o $\geq 20\%$?

áno

nie

5. Pokračovanie v liečbe liekom

FORSTEO

PREOTACT

- áno
 nie, uvedie sa dôvod ukončenia liečby:.....

Odtlačok pečiatky a podpis navrhujúceho / ošetrojúceho lekára:

Dátum:

III. časť

Monitorovanie liečby liekom

FORSTEO H05AA02

PREOTACT H05AA03

12 mesiacov od začatia liečby

1. Kompliancia

Aplikátory boli vyprázdnené?

- áno
 nie

Dátum						
Počet						

2. Tolerancia liečby dobrá?

- áno
 nie, uvedie sa dôvod:.....
.....

3. Výskyt klinických osteoporotických zlomenín počas liečby liekom

FORSTEO

PREOTACT

nie

áno:

lokalizácia:.....

dátum diagnostikovania zlomeniny:.....

4. Aktuálne vyšetrenie - osteodenzitometria DXA

dátum:

Proximálny femur

– celková oblasť (Total Hip): T-skóre:

– krčok femuru: T-skóre:

Porovnanie s predchádzajúcim vyšetrením:

dátum:

trend/1 rok: %

Bedrová chrbtica L₁₋₄ (iná:): T-skóre:

Zdôvodnenie vyšetrenia inej oblasti ako L₁₋₄:

Porovnanie s predchádzajúcim vyšetrením:

dátum:

trend/1 rok: %

Zastavenie poklesu BMD preukázané

áno

nie

5. Pokračovanie v liečbe liekom

FORSTEO

PREOTACT

áno (len ak zastavenie poklesu BMD bolo preukázané)

nie, uvedie sa dôvod ukončenia liečby:.....

.....

.....

Odtlačok pečiatky a podpis navrhujúceho / ošetrojúceho lekára:

Dátum:

IV.časť

Ukončenie liečby liekom

FORSTEO H05AA02

PREOTACT H05AA03

18 mesiacov od začatia liečby

1. Kompliancia

Aplikátory boli vyprázdnené?

áno

nie

Dátum						
Počet						

2. Tolerancia liečby dobrá?

áno

nie, uvedie sa dôvod:.....

.....

3. Výskyt klinických osteoporotických zlomenín počas liečby liekom

FORSTEO

PREOTACT

nie

áno:

lokalizácia:.....

dátum diagnostikovania zlomeniny:.....

4. Aktuálne vyšetrenie - osteodenzitometria DXA

dátum:

Proximálny femur

– celková oblasť (Total Hip): T-skóre:

– krčok femuru: T-skóre:

Porovnanie s predchádzajúcim vyšetrením:

trend/12 mesiacov: %

trend/18 mesiacov: %

Bedrová chrbtica L₁₋₄ (iná:): T-skóre:

Zdôvodnenie vyšetrenia inej oblasti ako L₁₋₄:

Porovnanie s predchádzajúcim vyšetrením:

trend/12 mesiacov: %

trend/18 mesiacov: %

6. Vyšetrenie markerov kostnej remodelácie

dátum:

- Marker kostnej rezorpcie:

typ:

aktuálna hodnota:

- Marker kostnej formácie:

typ:

aktuálna hodnota:

Bolo preukázané zvýšenie markeru kostnej formácie o $\geq 20\%$?

áno

nie

5. Zhodnotenie efektivity liečby liekom

FORSTEO

PREOTACT

.....
.....
.....
.....

Odtlačok pečiatky a podpis navrhujúceho / ošetrojúceho lekára

Dátum: