



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
ATRAVÉS DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE
ESQUIZOFRENIA
PORTARIA SAS/MS Nº 364 DE 09/04/2013**



Declaro para os devidos fins que o paciente _____
foi diagnosticado com Esquizofrenia.

Afirmo que o paciente satisfaz os seguintes critérios dos grupos 1 OU 2:

1) Sintomas de maior hierarquia: (pelo menos 1 sintoma)

	SIM	NÃO
Eco, inserção, roubo ou irradiação de pensamento;		
Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados ao corpo ou a movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante;		
Vozes alucinatórias fazendo comentários sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si, ou outros tipos de vozes alucinatórias advindas de alguma parte do corpo;		
Delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (por exemplo, ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas).		

2) Sintomas de menor hierarquia: (pelo menos 2 sintomas)

Alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos 1 mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por ideias superestimadas persistentes;		
Neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante;		
Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor;		
Sintomas "negativos", tais como apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que tais sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico);		
Esquizotaxia, desorganização conceitual, apatia, anedonia, ambivalência, afeto inadequado, perda do juízo crítico, delírios paranóides.		
Paciente dispõe de familiar OU responsável legal OU funcionário de instituição de saúde para acompanhamento do tratamento?		
Apresenta critérios de Exclusão:	SIM	NÃO
Pacientes com psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento e acompanhamento contínuo.		

- Paciente possui história familiar ou prévia de **síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabete mérito** e outras comorbidades. () Sim () Não.

Qual _____

- Medidas Antropométricas (Preenchimento OBRIGATÓRIO):

- Peso _____ kg
- Altura _____ cm
- Circunferência abdominal _____ cm
- Circunferência de quadril _____ cm
- Três medidas de pressão arterial:
 1. Data: ____/____/____ Resultado: ____/____ mmHg
 2. Data: ____/____/____ Resultado: ____/____ mmHg
 3. Data: ____/____/____ Resultado: ____/____ mmHg

- Para Clozapina:

• Paciente apresentou falha terapêutica com no mínimo **DOIS outros antipsicóticos, por no mínimo 6 semanas** e não houve melhora de pelo **menos 30% na Escala BPRS?** () Sim () Não

Citar antipsicóticos:

1. _____
2. _____

• Paciente tem histórico de **convulsões ou retardo mental***? () Sim () Não

*** Em caso positivo, anexar parecer de Neurologista autorizando uso do medicamento.**

Assinatura e carimbo do médico psiquiatra ou do CAPS
ou de ambulatório de saúde mental

Local e data