

**ESQUIZOFRENIA**

**Portaria SAS/MS nº 364 – 09/04/2013**

Medicamento	OLANZAPINA	CLOZAPINA	
<b>CID 10</b>	<b>F20.0; F20.1; F20.2; F20.3, F20.4; F20.5; F20.6; F20.8</b>		
<b>Apresentação</b>	5 e 10 mg (comprimido)	25 e 100 mg (comprimido)	
<b>Inclusão</b>	Pacientes que preencherem os critérios para diagnóstico de Esquizofrenia, e que tenham familiar ou responsável legal para acompanhamento.		
		Poderá ser considerada em caso de refratariedade a pelo menos 2 medicamentos utilizados por pelo menos 6 semanas. Também em casos de alto risco de suicídio e discinesia tardia de repercussão significativa, mesmo antes de se completarem 6 semanas.	
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formulário Médico para Esquizofrenia</b> completamente preenchido e assinado pelo médico.</li> <li>• <b>Exames:</b> colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia de jejum, hemograma com plaquetas, AST e ALT.</li> </ul>		
<b>Administração</b>	<b>Dose máxima:</b> 20 mg/dia. • Na ocorrência de efeitos graves de Clozapina, em pacientes refratários, a Olanzapina poderá ser usada até 30mg/dia.	<b>Dose máxima:</b> 800 mg/dia. • Em caso de <b>risco grave de suicídio</b> , dispensar somente para o <b>responsável legal</b> , com registro claro de alerta para a <b>dose letal (2,5g)</b> .	
<b>Prescrição Mensal Máxima</b>	186 cp (5 mg) 93 cp (10 mg)	992 cp (25 mg) 248 cp (100 mg).	
<b>Monitoramento</b>	- Medidas antropométricas e de pressão arterial em 3, 6 e 12 meses; - Perfil lipídico e glicemia de jejum devem ser refeitos em 3 e 12 meses. Após, monitorar anualmente; - Hemograma com plaquetas, AST e ALT, repetir anualmente; - Nível sérico de prolactina (sempre que houver sinais e sintomas sugestivos de alterações hormonais).		
		Hemograma completo a intervalos semanais e a cada aumento de dose nas primeiras 18 semanas e, após, mensalmente.	
<b>Exclusão</b>	Pacientes com psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento e acompanhamento contínuo. Hipersensibilidade aos fármacos ou qualquer contraindicação absoluta ao seu uso.		
		Leucócitos abaixo de 3.000/mm <sup>3</sup> , neutrófilos abaixo de 1.500/mm <sup>3</sup> ou plaquetas abaixo de 100.000/mm <sup>3</sup> , doenças mieloproliferativas ou uso de agentes mielossupressores, história de agranulocitose/granulocitopenia com Clozapina, depressão do sistema nervoso central ou estado comatoso de qualquer natureza, íleo paralítico, história de miocardite por Clozapina, doenças hepáticas ou cardíacas graves ou epilepsia não controlada.	
<b>Tempo de Tratamento</b>	Indeterminado		
Medicamento	RISPERIDONA	ZIPRAZIDONA	QUETIAPINA
<b>CID 10</b>	<b>F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8</b>		
<b>Apresentação</b>	1 e 2 mg (comprimido)	40 e 80 mg (cápsula)	25, 100, 200 E 300 mg (comprimido)

<b>Inclusão</b>	Pacientes que preencherem os critérios para diagnóstico de Esquizofrenia, e que tenham familiar ou responsável legal para acompanhamento.		
<b>Anexos Obrigatórios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exames:</b> colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia de jejum, hemograma com plaquetas, AST e ALT.</li> <li>• <b>Formulário Médico para Esquizofrenia</b> completamente preenchido e assinado pelo médico.</li> </ul>		
<b>Administração</b>	Dose máxima: 6 mg/dia	Dose máxima: 160 mg	Dose máxima: 800 mg/dia.
<b>Prescrição Máxima Mensal</b>	186 cp (1 mg) 93 cp (2 mg)	62 cáp (80 mg) 124 cáp (40 mg)	992 cp (25 mg) 248 cp(100 mg) 124 cp (200 mg) 62 cp (300 mg)
<b>Monitoramento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas antropométricas e de pressão arterial em 3, 6 e 12 meses;</li> <li>- Perfil lipídico e glicemia de jejum devem ser refeitos em 3 e 12 meses. Após, monitorar anualmente;</li> <li>- Hemograma com plaquetas, AST e ALT, repetir anualmente;</li> <li>- Nível sérico de prolactina (sempre que houver sinais e sintomas sugestivos de alterações hormonais).</li> </ul>		
<b>Exclusão</b>	Pacientes com psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento e acompanhamento contínuo. Hipersensibilidade aos fármacos.		
<b>Tempo de Tratamento</b>	Indeterminado		
<b>Associações Não Permitidas</b>	Os medicamentos deste PCDT não podem ser associados entre si.		
<b>Validade dos Exames</b>	Hemograma com plaquetas, AST e ALT, colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia de jejum: 3 meses.		
<b>Especialidade Médica</b>	<b>Novas Solicitações e Adequações</b>	Psiquiatria, CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental.	
	<b>Renovações Sem Alterações</b>	Conforme PCDT não há exigência de especialidade.	
<b>Renovação</b>	LME + Receita		
<b>Adequação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aumento/redução de dosagem</b> - LME + receita (autorizado pela própria Unidade).</li> <li>- <b>Troca de medicamentos</b> - LME + receita + Termo (TER).</li> <li>- <b>Troca de CID</b> - LME + receita</li> <li>- Se adequação com <b>CLOZAPINA</b> - LME + receita + Termo + Formulário + hemograma com contagem de plaquetas</li> </ul>		
<b>Casos Especiais:</b> Pacientes com diagnóstico de esquizofrenia com <b>risco de suicídio</b> no momento e aqueles que desenvolverem discinesia tardia com repercussão significativa poderão ser tratados com CLOZAPINA, independente de terapias prévias.			
<b>CID 10:</b> <b>F20.0</b> Esquizofrenia paranóide <b>F20.1</b> Esquizofrenia hebefrênica <b>F20.2</b> Esquizofrenia catatônica <b>F20.3</b> Esquizofrenia indiferenciada <b>F20.4</b> Depressão pós-esquizofrênica <b>F20.5</b> Esquizofrenia residual <b>F20.6</b> Esquizofrenia simples <b>F20.8</b> Outras esquizofrenias			