



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
ATRAVÉS DO CEAF/SC PARA O TRATAMENTO DE  
TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO**  
**Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 7, de 14 de maio de 2021**



Declaro para os devidos fins que o paciente \_\_\_\_\_  
foi diagnosticado com Transtorno Esquizoafetivo Tipo \_\_\_\_\_, e o mesmo satisfaz os seguintes critérios:

**CRITÉRIOS GERAIS**

<b>G1 (OBRIGATÓRIO)</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
O transtorno satisfaz os critérios de um dos transtornos afetivos de grau moderado ou grave, conforme especificado para cada subtipo de transtorno esquizoafetivo na CID-10.		
<b>G2 (ASSINALAR AO MENOS UM GRUPO DE SINTOMAS)</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Eco de pensamento, inserção ou retração de pensamento, irradiação de pensamento		
Delírios de controle, influência ou passividade claramente relacionados a movimento de corpo ou membros ou pensamentos, ações ou sensações específicas		
Vozes alucinatórias que fazem comentários sobre comportamento do paciente ou discutem 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, porém não meramente megalomaniacos ou persecutórios (visita a outros mundos, poder de controlar as nuvens inspirando e expirando, poder de comunicar-se com animais ou plantas sem falar, etc.)		
Fala totalmente irrelevante ou incoerente ou uso freqüente de neologismo		
Surgimento intermitente, porém freqüente, de algumas formas de comportamento catatônico, tais como postura inadequada, flexibilidade cêrea e negativismo.		
<b>G3 (OBRIGATÓRIO)</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Os critérios G1 e G2 ocorreram dentro de um mesmo episódio do transtorno e simultaneamente durante pelo menos algum tempo do episódio.		
<b>G4 (CRITÉRIO DE EXCLUSÃO)</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Transtorno atribuível a doença cerebral orgânica, intoxicação e dependência ou abstinência relacionada a álcool ou drogas.		

**SINAIS E SINTOMAS**

<b>1. Transtorno Esquizoafetivo do Tipo Maníaco</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>1.1</b> Paciente possui humor predominantemente elevado, expansível ou irritável, definitivamente anormal e a alteração de humor proeminente é mantida por pelo menos uma semana (ou menos se exigir internação hospitalar)?		
<b>1.2</b> Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou da atividade, pelo menos <b>TRÊS</b> dos seguintes sintomas ( <b>QUATRO</b> , se o humor for <b>APENAS IRRITÁVEL</b> ) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável no comportamento habitual:		
1. Atividade aumentada ou inquietação física levando a uma interferência com o funcionamento pessoal da vida diária.		
2. Loquacidade aumentada levando a uma interferência com o funcionamento pessoal da vida diária.		

3. Fuga de idéias ou experiência subjetiva de pensamentos acelerados levando a uma interferência com o funcionamento pessoal da vida diária.		
4. Perda de inibições normais com comportamento inapropriado levando a uma interferência com o funcionamento pessoal da vida diária.		
5. Diminuição da capacidade de sono levando a uma interferência com o funcionamento pessoal da vida diária.		
6. Autoestima inflada ou grandiosidade.		
7. Distratibilidade ou mudança rápida de planos levando a uma interferência com o funcionamento pessoal da vida diária.		
8. Comportamento temerário ou imprudente.		
9. Energia sexual marcante ou indiscrições sexuais.		
<b>2. Transtorno Esquizoafetivo do Tipo Depressivo</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>2.1 Sintomas Maiores (obrigatório ao menos DOIS):</b>		
Humor deprimido em um grau anormal para o indivíduo na maior parte do dia e em quase todos os dias, largamente não influenciado por circunstâncias e mantido por pelo menos duas semanas.		
Perda de interesse ou prazer em atividades que normalmente são agradáveis.		
Energia diminuída ou fadigabilidade aumentada.		
<b>2.2 Sintomas Menores (obrigatório ao menos UM):</b>		
Perda de confiança ou autoestima.		
Sentimentos irracionais de autorreprovação ou culpa excessiva e inapropriada.		
Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio ou comportamento suicida.		
Queixas ou evidências de indecisão.		
Desatenção		
Diminuição da concentração.		
Alteração da atividade psicomotora com agitação ou lentidão.		
Alterações do sono e de apetite com correspondente alteração de peso.		
<b>3. Transtorno Esquizoafetivo do Tipo Misto</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Ocorrência, no passado, de pelo menos um episódio afetivo maníaco, hipomaníaco ou misto.		
Episódio atual caracterizado pela presença simultânea de sintomas maníacos e depressivos ou alternância rápida de sintomas maníacos e depressivos - <b>Indicar nos itens 1 e 2 quais os sintomas apresentados.</b>		
<b>- Medidas Antropométricas (Preenchimento OBRIGATÓRIO):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Peso ____ kg</li> <li>● Altura _____ cm</li> <li>● Circunferência abdominal _____ cm</li> <li>● Circunferência de quadril _____ cm</li> <li>● Três medidas de pressão arterial: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Data: ____/____/____ Resultado: ____/____ mmHg</li> <li>2. Data: ____/____/____ Resultado: ____/____ mmHg</li> <li>3. Data: ____/____/____ Resultado: ____/____ mmHg</li> </ol> </li> </ul>		

- 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 \_\_\_\_\_

**Se paciente em tratamento em regime de internação ou cronicamente assinalado:**

Paciente dispõe de familiar OU responsável legal OU funcionário de instituição de saúde para acompanhamento do tratamento? ( ) Sim ( ) Não

**- 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