



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEF/SC PARA O TRATAMENTO DE
TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO**
Portaria SCTIE/MS Portaria Conjunta nº 7 de 12 de Abril de 2022



Declaro para os devidos fins que o paciente _____
foi diagnosticado com Transtorno do Espectro do Autismo.

Afirmo que o paciente satisfaz os seguintes critérios de inclusão obrigatórios:	Sim	Não
Comportamento Agressivo/Autoagressão/Heteroagressão.		
Apresenta baixa resposta ou adesão às intervenções não medicamentosas..		
E outros critérios diagnósticos:	Sim	Não
Atraso na fala/comunicação;		
Movimentos repetitivos ou estereotipados;		
Ausência de contato visual ou contato visual limitado;		
Comportamento limitado de sentimentos ou interesses;		
Sofrimento significativo causado por mudança de rotinas;		
Falta de interesse em socializar e isolamento;		
Não responde ao ser chamado (assumindo que não há problemas de audição);		
Ações atípicas repetitivas;		
Reações exageradas a sons ou estímulos visuais;		
Falta de interesse em fazer amigos;		
Dificuldade de imaginar e desinteresse em jogos de faz de conta;		
Ecolalia.		
Paciente apresenta os seguintes critérios de exclusão:	Sim	Não
Contraindicações absolutas ao uso da Risperidona;		
Menor de 5 anos de idade;		
Mulheres que estejam amamentando .		

- **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.

- **Paciente dispõe de familiar ou responsável legal ou funcionário de instituição de saúde** para acompanhamento do tratamento? () Sim () Não.

- 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.

Se sim, qual: _____ .

- Paciente é portador de doenças cardíacas? () Sim* () Não.

*** CASO POSITIVO ANEXAR RELATO DE CARDIOLOGISTA AUTORIZANDO O USO DO MEDICAMENTO.**

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

Local e data