



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



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

Afirmo que o usuário 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 usuário 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 cérea, 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);		

Critérios de Exclusão*:

	SIM	NÃO
Usuários com psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento e acompanhamento contínuo.		

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

Preenchimento para Olanzapina*:

Paciente refratário com efeitos adversos graves de clozapina - agranulocitose, cardiopatia e oclusão intestinal?

() Sim () Não

Preenchimento para Clozapina*:

O 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. _____

Caso o paciente contemple o critério abaixo, não há necessidade que tenha realizado as 2 associações anteriores ao uso de **Clozapina**:

- Diagnóstico de esquizofrenia com risco de suicídio atual e/ou que desenvolveu discinesia tardia com repercussão significativa (única opção terapêutica é Clozapina)? () Sim () Não

O paciente tem histórico de convulsões ou retardo mental*? () Sim () Não

Se sim, anexar parecer de Neurologista autorizando uso do medicamento.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a) psiquiatra ou do CAPS
ou de ambulatório de saúde mental*

Local e data*