FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO POR MEIO DO CEAF/SC PARA O TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Portaria SCTIE/MS Portaria Conjunta n° 7 de 12 de Abril de 2022

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

Declaro para os devidos fins se solicitação de medicamento que o(a) paciente (nome completo) _____,
nome social (quando aplicável)_____,
apresenta os critérios de inclusão assinalados abaixo:

1. Afirmo que o paciente satisfaz os critérios de INCLUSÃO obrigatórios*:	**Sim**	**Não**
A. Diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo B. Comportamento Agressivo/Autoagressão/Heteroagressão. C. Apresenta baixa resposta ou adesão às intervenções não medicamentosas.	( )	( )
2. O paciente apresenta outro transtorno:	**Sim**	**Não**
A. Mental	( )	( )
B. Comportamental	( )	( )
Descreva:		
3. Paciente apresenta os seguintes critérios de EXCLUSÃO*:	**Sim**	**Não**
A. Menor de 5 anos de idade	( )	( )
B. Toxicidade ou contraindicações absolutas ao uso da Risperidona	( )	( )
C. Mulheres que engravidaram durante o tratamento ou que estejam amamentando	( )	( )
4. Paciente é portador de DOENÇAS CARDÍACAS?	**Sim**	**Não**
Se SIM; anexar o RELATO emitido por MÉDICO CARDIOLOGISTA autorizando o uso	( )	( )
5. Aumento adicional da dose para pacientes que não obtiveram resposta adequada?	**Sim**	**Não**
Se SIM; anexar o RELATO emitido por MÉDICO ESPECIALISTA (PSIQUIATRA, NEUROLOGISTA ou PEDIATRA) justificando a dose	( )	( )

_____

Assinatura e carimbo do médico*

_____

Local e data*

DIAF/SAS/SES/SC – Jul 2026

Formulário **obrigatório** para novas solicitações.
*Campos de preenchimento obrigatório.