

| TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO | |
|---|---|
| Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 7 - 12/04/2022. | |
| Medicamento | RISPERIDONA |
| CID 10 | F84.0; F84.1; F84.3; F84.5; F84.8 |
| Apresentação | 1 mg e 2 mg (comprimidos) e solução oral de 1 mg/mL, frasco com 30 mL |
| Inclusão | Pessoas com diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo, com comportamento agressivo grave dirigido a si ou terceiros, com baixa resposta ou adesão às intervenções não medicamentosas e devido ao próprio comportamento agressivo, que tenham familiar ou responsável legal para acompanhamento. |
| Anexos Obrigatórios | <ul style="list-style-type: none"> - Formulário Médico para Transtorno do Espectro do Autismo completamente preenchido e assinado pelo médico; - Exames: colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia de jejum, hemograma com plaquetas; - Para pacientes com problemas cardíacos: anexar relato do cardiologista autorizando o uso da risperidona. |
| Administração | <p>Crianças maiores que 5 anos de idade e adolescentes:</p> <p>Menores de 20 Kg: - Dose máxima: 1,5 mg/dia.(sol oral);</p> <p>Pacientes de 20 Kg a 45 Kg: - Dose máxima: 2,5 mg;</p> <p>Pacientes maior de 45 Kg: Dose máxima é de 3,5 mg/dia.</p> <p>Obs: Apenas para os pacientes que não obtiverem resposta suficiente (ANEXAR RELATO MÉDICO COM JUSTIFICATIVA), aumentos adicionais da dose devem ser considerados.</p> <p>Adultos: - Dose máxima: 10 mg/dia.</p> |
| Prescrição Máxima Mensal | 310 cp (1 mg), 155 cp (2mg) ou 11 frascos |
| Monitoramento | <ul style="list-style-type: none"> - Medidas antropométricas e de pressão arterial e pulso em 3, 6 e 12 meses; - Perfil lipídico, AST, ALT e glicemia de jejum a cada 3 meses no primeiro ano. Após, monitorar anualmente; - Hemograma com plaquetas repetir em 3 e 12 meses, após anualmente; - ECG para pessoas com problemas cardíacos a cada 3 e 6 meses de tratamento; - Nível sérico de prolactina sempre que houver sinais e sintomas sugestivos de alterações hormonais. |
| Exclusão | Menores de cinco anos ou com contra indicações ou hipersensibilidade à Risperidona e mulheres que estejam amamentando. |
| Tempo de Tratamento | Indeterminado |
| Validade dos Exames | Colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia de jejum e hemograma com plaquetas: 6 meses; ECG (para pessoas com problemas cardíacos): 12 meses. |

| | | |
|--|--|--|
| Especialidade Médica | Novas Solicitações e Adequações | Psiquiatria, Neurologia, CAPS e Ambulatório de Saúde Mental. |
| | Renovações Sem Alterações | Conforme PCDT não há exigência de especialidade. |
| Renovação | LME + Receita. | |
| Adequação | - Aumento/redução de dosagem - LME + receita (autorizado pela própria Unidade). OBS: A dose máxima é dependente do peso do paciente. - Troca de CID - LME + receita. | |
| CID 10: F84.0 Autismo infantil F84.1 Autismo atípico F84.3 Outro transtorno desintegrativo da infância F84.5 Síndrome de Asperger F84.8 Outros transtornos invasivos do desenvolvimento | | |



DIAF
Diretoria de Assistência
Farmacêutica