



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
ATRAVÉS DO CEF/SC PARA O TRATAMENTO DE EPILEPSIA  
PORTARIA SAS/SCTIE/MS Nº17 DE 21/06/2018**



Declaro, para os devidos fins que o(a) paciente \_\_\_\_\_  
não apresenta critérios de exclusão e satisfaz os seguintes critérios:

**1- Critério de inclusão (marcar ao menos 1):**

- ( ) Tem apresentado duas crises epiléticas no intervalo mínimo de 24 horas;
- ( ) Tem apresentado uma crise e tem um risco de recorrência de crises acima de 60%;
- ( ) Tem diagnóstico estabelecido de uma síndrome epilética específica.

**2- Tipo de Crise apresentada pelo paciente (marcar ao menos 1 tipo de início) – ILAE 2017:**

<b>1. Início Focal</b> ( ) Perceptiva ( ) Disperceptiva  <b>Motora:</b> ( ) automatismo ( ) atônicas ( ) clônicas ( ) espasmos epiléticos ( ) hipercinéticas ( ) mioclônicas ( ) tônicas  <b>Não Motora:</b> ( ) autonômicas ( ) parada comportamental ( ) cognitivas ( ) emocionais ( ) sensoriais ( ) focal evoluindo para tônico-clônica bilateral	<b>2. Início generalizado</b>  <b>Motora:</b> ( ) tônico-clônicas ( ) clônicas ( ) tônicas ( ) mioclônicas ( ) mioclônico-tônico-clônicas ( ) mioclônicas-atônicas ( ) atônicas ( ) espasmos epiléticos  <b>Não Motora (ausências):</b> ( ) típicas ( ) atípicas ( ) mioclônicas ( ) mioclonias palpebrais	<b>3. Início desconhecido</b>  <b>Motora:</b> ( ) tônico-clônicas ( ) espasmos epiléticos  <b>Não Motora:</b> ( ) parada comportamental  <b>4. Outras:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	--	---

**3- Critério de inclusão para solicitação de LEVETIRACETAM: o paciente faz uso concomitante de outro antiepilético, citar qual:**

**4- Fármacos antiepiléticos de primeira linha e/ou outros que já foram utilizados pelo paciente:**

**5- Fármacos antiepiléticos que o paciente está utilizando atualmente:**

6 - Descrição detalhada informando sinais, sintomas e evolução do quadro clínico.

---

---

7 - O paciente apresenta refratariedade: ( ) SIM ( ) NÃO

---

Assinatura e carimbo médico (a)

---

Local e data