



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
ATRAVÉS DO CEAFF/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:**

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

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

\_\_\_\_\_

**4 - Fármacos antiepiléticos que o paciente está utilizando atualmente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**6 - O paciente apresenta refratariedade: ( ) SIM ( ) NÃO**

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo médico (a)

\_\_\_\_\_  
Local e data