



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEAf/SC PARA O TRATAMENTO DE
TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR
PORTARIA SAS/MS Nº 315 DE 30/03/2016**



Declaro para os devidos fins que o
paciente* _____ foi diagnosticado com Transtorno Afetivo
Bipolar Tipo I e satisfaz os seguintes critérios:

Episódio Maníaco (Obrigatório apresentar os critérios de A, B, C)*

	SIM	NÃO
A. Usuário possui um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, e aumento anormal e persistente da energia ou da atividade dirigida a objetivos, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária).		
B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou da atividade, pelo menos TRÊS dos seguintes sintomas (QUATRO , se o humor for apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável no comportamento habitual:		
1. Autoestima inflada ou grandiosidade		
2. Redução da necessidade de sono (sente-se descansado com apenas três horas de sono);		
3. Loquacidade maior que o habitual ou pressão para continuar falando;		
4. Fuga de ideias ou percepção subjetiva de que os pensamentos estão acelerados;		
5. Distratibilidade (a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado;		
6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, seja sexualmente) ou da agitação psicomotora (atividade sem propósito não dirigida a objetivos);		
7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).		
C. A perturbação do humor é suficientemente grave para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou quando existem características psicóticas.		

Critério de exclusão*:

O episódio **é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância** (droga de abuso, medicamento ou outro tratamento) **ou a outra condição clínica**.

Episódio Depressivo Maior

	SIM	NÃO
Usuário com CINCO (ou mais) dos seguintes sintomas presentes durante o mesmo período de DUAS SEMANAS e representa uma mudança em relação ao funcionamento anterior. Além disso, pelo menos UM dos sintomas deverá ser (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer .		
1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (parece choroso);		

2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa);		
3. Perda ou ganho significativo de peso sem fazer dieta (variação maior que 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias;		
4. Insônia ou hipersonia quase diária;		
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas; não podem ser sensações meramente subjetivas de inquietação ou lentidão);		
6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;		
7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não pode ser meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente);		
8. Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa);		
9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio;		
Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou profissional, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.		
O episódio <u>é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição clínica</u>		

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

Para Risperidona*: Usuário apresenta síndrome neuroléptica maligna ou discinesia tardia? () Sim () Não

Para Clozapina*:
Paciente apresenta alguma **doença mieloproliferativa ou uso de agentes mielossupressores, história de agranulocitose ou granulocitopenia com clozapina, depressão do sistema nervoso central ou estado comatoso de qualquer natureza, íleo paralítico, história de miocardite por clozapina, doenças hepáticas ou cardíacas graves, hipersensibilidade ao medicamento, epilepsia não controlada** () Sim () Não

Paciente apresentou **falha terapêutica de no mínimo duas combinações diferentes** de estabilizadores de humor e antipsicóticos. Citar: **1ª** _____ e _____;
2ª _____ e _____.

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

Local e data*

