TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR			
Portaria SAS/MS n° 315 – 30/03/2016			
CID 10	**F31.1; F31.2; F31.3; F31.4; F31.5; F31.6; F31.7**		
Inclusão (Critérios gerais)	Pacientes que apresentarem os critérios de diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) do tipo I e que tenham familiar, responsável legal ou funcionário de instituição de saúde para acompanhamento do tratamento.		
Anexos Obrigatórios	**Formulário Médico para Transtorno Afetivo Bipolar** completamente preenchido e assinado pelo médico. **Para Clozapina**: hemograma com plaquetas. **Para Lamotrigina**: AST e ALT.		
Medicamento	**RISPERIDONA**	**QUETIAPINA**	**OLANZAPINA**
Apresentação	1 e 2 mg (comprimidos)	25, 100, 200 e 300 mg (comprimidos)	5 e 10 mg (comprimidos)
Administração	**Dose máxima**: 8 mg/dia	**Dose máxima:** 800 mg/dia.	**Dose máxima:** 20 mg/dia.
Prescrição Máxima Mensal	248 cp (1 mg); 124 cp (2 mg).	992 cp (25 mg); 248 cp (100 mg); 124 cp (200 mg); 62 cp (300 mg)	124 cp (5 mg); 62 cp (10 mg).
Medicamento	**LAMOTRIGINA**	**CLOZAPINA**	
Apresentação	25 e 100mg (comprimidos).	25 e 100 mg (comprimidos).	
Administração	**Dose máxima:** 300 mg/dia.	**Dose máxima:** 800 mg/dia. • Em caso de risco **grave de suicídio**, dispensar somente para o **responsável legal**, com registro claro de alerta para a **dose letal (2,5 g).**	
Prescrição Máxima Mensal	372 cp (25 mg) 93 cp (100 mg)	992 cp (25 mg) 248 cp (100 mg)	
Monitoramento	**Antes do início do tratamento** é obrigatória a avaliação: antropometria (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), 3 medidas de pressão arterial em datas diferentes, hemograma com plaquetas, AST e ALT, dosagens de colesterol total e frações, triglicerídeos e glicemia de jejum. Avaliar história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna (no caso de antipsicóticos), suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabete mélito e outras comorbidades. **Após o início do tratamento**: - Medidas antropométricas e de pressão arterial e pulso em 3, 6 e 12 meses; - Perfil lipídico e glicemia de jejum em 3 e 12 meses. Após, monitorar anualmente; - Hemograma com plaquetas, AST e ALT repetir anualmente; - Nível sérico de prolactina sempre que houver sinais e sintomas sugestivos de alterações hormonais.		
		Hemograma completo a intervalos semanais e a cada aumento de dose nas primeiras 18 semanas e, após, mensalmente.	
Exclusão	Pacientes com diagnóstico de TAB do tipo II e TAB sem outra especificação. Com psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e		

DIAF Diretoria de Assistência Farmacêutica

	impossibilidade de adesão ao tratamento e acompanhamento contínuo. Hipersensibilidade aos fármacos ou qualquer contraindicação absoluta ao seu uso.	
	Indivíduos com prejuízo de função hepática (elevação de AST e ALT), história de doença hepática.	Leucócitos abaixo de 3.000/mm^3, neutrófilos abaixo de 1.500/mm^3 ou plaquetas abaixo de 100.000/mm^3, doenças mieloproliferativas ou uso de agentes mielossupressores, história de agranulocitose/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 ou epilepsia não controlada.
Tempo de Tratamento	Indeterminado	
Associações Não Permitidas	Os medicamentos deste PCDT não podem ser associados entre si. **Exceção:** Lamotrigina + Risperidona OU Lamotrigina + Quetiapina OU Lamotrigina + Olanzapina.	
Validade dos Exames	Hemograma com plaquetas, AST e ALT: **6 meses.**	
Especialidade Médica	**Novas Solicitações e Adequações**	Psiquiatria, CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental.
	Renovações Sem Alterações	Conforme PCDT não há exigência de especialidade.
Renovação	LME + Receita médica	
Adequação	- **Aumento/redução de dosagem**: LME + receita médica (autorizado pela própria Unidade). - **Troca de medicamentos:** LME + receita médica + Termo (TER). - **Troca de CID:** LME + receita médica. **Se adequação com:** **CLOZAPINA:** LME + receita médica + termo + formulário médico + hemograma com plaquetas. **LAMOTRIGINA + ANTIPSICÓTICO:** LME + receita médica + termo + formulário médico + AST + ALT.	

Poderão ser utilizados associados os medicamentos abaixo com os CIDs:
- Lamotrigina + Risperidona **OU** Quetiapina **OU** Olanzapina para F31.1, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F31.6 e F31.7.
*O medicamento Lamotrigina não apresenta benefício na prevenção de mania e, portanto, para as CIDs F31.1, F31.2 deverá ser utilizado concomitante com antipsicótico.

CID 10
F31.1 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos
F31.2 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
F31.3 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado
F31.4 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos
F31.5 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto
F31.7 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão.

DIAF Diretoria de Assistência Farmacêutica