

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (SAFTEC)

Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF)

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (COAFE)

FORMULÁRIO DE ACESSO - EPILEPSIA**PORTARIA CONJUNTA Nº 17, DE 21 DE JUNHO DE 2018**

Nome do Paciente:		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
CID-10:	Data do preenchimento:	/ /

Descrição detalhada informando sinais, sintomas e evolução do quadro clínico: _____**Qual a idade paciente apresentou os primeiros sintomas (início da doença)?** _____**1 - Qual dos Critérios de inclusão o (a) paciente apresenta (marcar com X em 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:**1. Início Focal**☐ Perceptiva ☐ Disperceptiva**Motora:**

- ☐ automatismo
☐ atônicas
☐ clônicas
☐ espasmos epiléticos
☐ hipercinéticas
☐ mioclônicas
☐ tônicas

Não Motora:

- ☐ autonômicas
☐ parada comportamental
☐ cognitivas
☐ emocionais
☐ sensoriais
☐ focal evoluindo para tônico-clônica bilateral

2. Início generalizado**Motora:**

- ☐ tônico-clônicas
☐ clônicas
☐ tônicas
☐ mioclônicas
☐ mioclônico-tônico-clônicas
☐ mioclônico-atônicas
☐ atônicas
☐ espasmos epiléticos

Não Motora (ausências):

- ☐ típicas
☐ atípicas
☐ mioclônicas
☐ mioclonias palpebrais

3. Início desconhecido**Motora:**

- ☐ tônico-clônicas
☐ espasmos epiléticos

Não Motora:

- ☐ parada comportamental

4. Outras:



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (SAFTEC)

Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF)

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (COAFE)

3 - Tratamento Medicamentoso:

3.1 Paciente realizou a PRIMEIRA monoterapia e houve intolerância ou falha ao fármaco?

() Sim

() Não

3.2 Paciente realizou a SEGUNDA monoterapia e houve intolerância ou falha ao fármaco?

() Sim

() Não

3.3 Paciente está em uso de associação medicamentosa?

() Sim

() Não

3.4 Quais fármacos antiepiléticos o(a) paciente está utilizando atualmente?

3.5 Em caso de associações medicamentosas que fogem à forma geral informada no protocolo clínico, solicitamos a justificativa técnica do médico assistente:

Declaro, para os devidos fins, que o(a) paciente não apresenta critérios de exclusão, atende integralmente aos critérios de inclusão e não possui intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos fármacos antiepiléticos em uso.

Assinatura e carimbo do médico