

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

FORMULÁRIO DE ACESSO - ESQUIZOFRENIA**PORTARIA Nº 364, DE 9 DE ABRIL DE 2013**

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

1. Assinale com X o(s) sintoma(s) característico(s) de esquizofrenia que o(a) paciente apresenta.

A) Sintomas de maior hierarquia:

- ☐ eco, inserção, roubo ou irradiação de pensamento.
- ☐ delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados ao corpo ou a movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante.
- ☐ vozes alucinatórias fazendo comentários sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si, ou outros tipos de vozes alucinatórias advindas de alguma parte do corpo.
- ☐ delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (por exemplo, ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas).

B) Sintomas de menor hierarquia:

- ☐ alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos 1 mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por ideias superestimadas persistentes.
- ☐ neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante.
- ☐ comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor.
- ☐ sintomas “negativos”, tais como apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que tais sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico).

2. Considerando o sintoma assinalado acima, este é presente na maior parte do tempo de um episódio de doença psicótica e dura pelo menos 1 mês (ou por algum tempo durante a maioria dos dias)?

- ☐ Sim
- ☐ Não

3. Paciente possui familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível, com funcionamento global adequado e com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4. Qual o escore da Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS o(a) paciente apresenta atualmente?

Escore: _____

Data da realização da avaliação da BPRS: ____/____/____.

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

5. Informar se paciente apresenta alguma das condições abaixo:

- () Apenas diagnósticos de mania ou depressão isolados;
() Transtorno esquizoafetivo;
() Transtorno bipolar;
() Hipersensibilidade ao fármaco;
() Psicose alcoólica ou tóxica;
() Dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos;
() Impossibilidade de adesão ao tratamento e de acompanhamento contínuo;
() Nenhuma das condições listadas.

6. Qual tratamento prévio o(a) paciente realizou?

Medicamento	Falha terapêutica*?
	() Sim () Não
Medicamento	Falha terapêutica*?
	() Sim () Não
Medicamento	Falha terapêutica*?
	() Sim () Não

**Falha terapêutica: definida como o uso do fármacos por pelo menos 6 semanas, nas doses adequadas, sem melhora de pelo menos 30% na escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS).*

7. Para uso da clozapina: qual condição abaixo o(a) paciente apresenta?

- () Risco de suicídio atual.
() Discinesia tardia com repercussão significativa.
() Refratariedade a pelo menos 2 medicamentos utilizados por pelo menos 6 semanas, nas doses adequadas, e não houve melhora de pelo menos 30% na escala BPRS (anexar escala).

8. Preencher medidas abaixo:

Data:	___/___/___
Peso:	_____
Altura:	_____
Circunferência abdominal:	_____
Circunferência do quadril:	_____
Pressão arterial (3 medidas em datas diferentes):	1°: _____ 2°: _____ 3°: _____

Assinatura e carimbo do médico assistente