

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO
COMPORTAMENTO AGRESSIVO COMO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO –
CID: F84.0, F84.1, F84.3, F84.5, F84.8**

DOCUMENTOS

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (NO CASO DE ASSINATURA POR RESPONSÁVEL APRESENTAR IDENTIDADE E CPF DO MESMO);
- NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE.

INFORMAÇÕES/EXAMES

LAUDO :

- DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS; DOS TRATAMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS UTILIZADOS ANTERIORMENTE, BEM COMO A RESPOSTA AOS TRATAMENTOS ANTERIORES E; DA HISTÓRIA DO PACIENTE E DE SUA FAMÍLIA SOBRE A OBESIDADE, DIABETE MELITO, DISLIPIDEMIA, HIPERTENSÃO ARTERIAL E DOENÇA CARDIOVASCULAR, BEM COMO A HISTÓRIA FAMILIAR OU PRÉVIA DE SÍNDROME NEUROLÉPTICAMALIGNA, DISTONIA OU DISCINESIA, TENTATIVA OU RISCO DE SUICÍDIO E OUTRAS COMORBIDADES.

EXAMES ORIGATÓRIOS:

- CÓPIA DA AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA (PESO, ALTURA, CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL E DO QUADRIL);
- CÓPIA DA AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (RESULTADO DE TRÊS AFERIÇÕES EM DATAS DIFERENTES);
- CÓPIA DO RESULTADO DA GLICEMIA EM JEJUM (VAL: 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES (VAL: 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE TRIGLICERÍDIOS (VAL: 90 DIAS).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

A ENTREGA DOS EXAMES/DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE. ESSES PODEM SER EXIGIDOS POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA QUE A AVALIAÇÃO DA SUA SOLICITAÇÃO SEJA CONCLUÍDA. VERIFIQUE COM SEU MÉDICO A NECESSIDADE DE ENTREGA DESSES EXAMES/DOCUMENTOS CONFORME O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESPECÍFICO PARA SUA SITUAÇÃO CLÍNICA.

- PACIENTES COM ALGUMA CARDIOPATIA CONHECIDA: ANEXAR RELATO DO CARDIOLOGISTA AUTORIZANDO O USO DA RISPERIDONA.
- POR MOTIVOS DE SEGURANÇA, SERÃO EXCLUÍDOS DO TRATAMENTO COM RISPERIDONA AS PESSOAS COM IDADE MENOR QUE 5 ANOS OU COM CONTRAINDICAÇÕES OU HIPERSENSIBILIDADE À RISPERIDONA OU QUE ESTEJAM AMAMENTANDO.

**QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO COMPORTAMENTO AGRESSIVO COMO
TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (facultativo)**

1. PACIENTE:

IDADE: _____

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO: _____ KG.

ALTURA: _____ CM.

CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL: _____ CM.

CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL: _____ CM.

TRÊS MEDIDAS DE PRESSÃO ARTERIAL:

DATA: ____/____/____ RESULTADO: ____/____/____ MMHG.

DATA: ____/____/____ RESULTADO: ____/____/____ MMHG.

DATA: ____/____/____ RESULTADO: ____/____/____ MMHG.

2. INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA:

- ATRASO NA FALA OU COMUNICAÇÃO;
- MOVIMENTOS REPETITIVOS OU ESTEREOTIPADOS: FLAPPING DE MÃOS (CHACOALHAR AS MÃOS AO LADO DO CORPO), MOVIMENTO PENDULAR COM O CORPO PARA FRENTE E PARA TRÁS, ENTRE OUTROS;
- AUSÊNCIA DE CONTATO VISUAL OU CONTATO VISUAL LIMITADO;
- COMPARTILHAMENTO LIMITADO DE SENTIMENTOS OU INTERESSES;
- SOFRIMENTO SIGNIFICATIVO CAUSADO POR MUDANÇA NAS ROTINAS;
- FALTA DE INTERESSE EM SOCIALIZAR E ISOLAMENTO;
- NÃO RESPONDER AO SER CHAMADO (ASSUMINDO QUE NÃO HÁ PROBLEMAS NA AUDIÇÃO);
- AÇÕES ATÍPICAS REPETITIVAS: ALINHAR/EMPILHAR BRINQUEDOS; PRESTAR ATENÇÃO EXAGERADA A CERTOS DETALHES DE OBJETOS; DEMONSTRAR OBSESSÃO POR DETERMINADOS OBJETOS EM MOVIMENTO (VENTILADORES, MÁQUINAS DE LAVAR ROUPAS ETC.);
- REAÇÃO EXAGERADA A SONS OU ESTÍMULOS VISUAIS;
- FALTA DE INTERESSE EM FAZER AMIGOS;
- DIFICULDADE EM IMAGINAR E DESINTERESSE EM JOGOS DE FAZ DE CONTA;
- ECOLALIA (REPETIR FRASES OUVIDAS).

3. DIAGNÓSTICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:

DETALHAR A HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE, INÍCIO DA DOENÇA ALÉM DOS SINTOMAS INCLUINDO AGRESSIVIDADE E AUTOAGRESSÃO.

4. INFORMAR TRATAMENTOS PRÉVIOS:

5. PACIENTE É ACOMPANHADO POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR?

- SIM
- NÃO

SE SIM, ESPECIFIQUE OS PROFISSIONAIS:

6. PACIENTE É PORTADOR DE DOENÇAS CARDÍACAS?

- SIM - ANEXAR RELATO DE CARDIOLOGISTA AUTORIZANDO O USO DO MEDICAMENTO.
- NÃO

7. PACIENTE POSSUI HISTÓRIA FAMILIAR OU PRÉVIA DE SÍNDROME NEUROLÉPTICA MALIGNA (NO CASO DE ANTIPSICÓTICOS), SUICÍDIO, OBESIDADE, HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETE MÉLITO E OUTRAS COMORBIDADES.

- SIM - QUAL: _____.
- NÃO

DATA DE PREENCHIMENTO: ____ / ____ / ____

ASSINATURA E CARIMBO: _____

MÉDICO



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES* 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente* 5- Peso do paciente* kg

4- Nome da Mãe do Paciente* 6- Altura do paciente* cm

1	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* 10- Diagnóstico

11- Anamnese*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* NÃO SIM. Relatar:

13- Atestado de capacidade*
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?
 NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento
Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* 17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação* / /

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante
 Outro, informar nome: e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* Branca Amarela Preta Indígena. Informar Etnia: Parda
20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente
 CPF ou CNS 22- Correio eletrônico do paciente 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

RISPERIDONA

Eu, _____ (nome do [a] paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso de risperidona, indicada para o tratamento do comportamento agressivo na pessoa com transtornos do espectro do autismo.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios: melhora no controle de alguns sintomas do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), como a raiva; redução de episódios de agressão ou autoagressão; e

- melhor participação em atividades de tratamento. Também fui informado(a) que este medicamento não tem efeito nos sintomas principais (nucleares) dos transtornos do espectro do autismo nem leva à cura desta condição.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais eventos adversos e riscos associados ao uso de risperidona:

- Medicamento classificado na gestação como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém, não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos).
- Os eventos adversos mais comuns deste medicamento são: agitação, nervosismo, alterações de visão, disfunção sexual, tonturas, alterações na menstruação, tremores, movimentos involuntários, insônia, distúrbios urinários, agressividade, diminuição da concentração e da memória, vermelhidão e coceira na pele, fraqueza, cansaço, prisão de ventre, tosse, boca seca, diarreia, sonolência, dor de cabeça, má digestão, náusea e ganho de peso.
- Este medicamento pode causar aumento da pressão arterial, da glicose no sangue e do peso, além de alterações das gorduras do sangue. Consultas e exames durante o tratamento são necessários.

Este medicamento é contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistência do uso do medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
Assinatura do paciente ou responsável legal:		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

Nota: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontra o medicamento preconizado neste Protocolo.

AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, _____, portador (a) do CNS
(nome do paciente ou responsável)
nº _____, inscrito (a) no CPF sob o nº _____,
autorizo o (a) Sr(a). _____,
(nome do procurador ou portador)
portador (a) da carteira de identidade nº _____ expedida pelo _____,
inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente na

telefone de contato (____) _____, **a retirar meu(s) medicamento(s) na
unidade do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

Data: _____

Assinatura **Paciente/Responsável**: _____

Assinatura do **Procurador/Portador (a)**: _____

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

Observações:

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
- Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR/PORTADOR (a) (original e cópia);
- Identidade do PACIENTE (cópia);
- Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
- Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados);