**SUS**

Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do Componente Especializado – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento;
- Cópia do CPF (obrigatório);
- Cópia do comprovante de residência atual;
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde);
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante;
- Receita Médica - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data;
- LME - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico com o (C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo;
- Termo de Consentimento Informado datado, carimbado e assinado pelo médico e pelo paciente;
- Exames comprobatórios do diagnóstico da doença de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Exames necessários para abertura e continuidade de processo para Hiperatividade e Déficit de Atenção:

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<p>TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (Protocolo Estadual)</p> <p>Metilfenidato 10mg comp lib imediata.</p> <p>Metilfenidato 20mg, 30mg e 40mg comp lib prolongada.</p>	<p>- Dosagem de TSH/ T4 Livre (validade 180 dias);</p> <p>- Formulário "Critérios para solicitação de Metilfenidato" - (validade 90 dias).</p> <p>Formulários e Termo de Esclarecimento para Metilfenidato</p> <p>Para Metilfenidato 20, 30 e 40 mg:</p> <p>- Laudo médico relatando problemas de adesão ao tratamento com metilfenidato 10 mg com comprometimento de eficácia (validade 90 dias).</p>	<p>- Dosagem de TSH/ T4 Livre. Periodicidade: Anual.</p> <p>- Formulário "Critérios para solicitação de Metilfenidato". Periodicidade: Semestral.</p> <p>Formulários e Termo de Esclarecimento para Metilfenidato</p>	<p>F90.0 F90.1</p> <p><u>Para crianças e adolescentes (6 a 19 anos):</u> Pediatra Psiquiatra Neurologista</p> <p><u>Para adultos (acima de 19 anos)</u> Psiquiatra (Exclusivamente)</p> <p>Sugere-se acompanhamento por equipe multidisciplinar.</p> <p>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Dispensação do Metilfenidato</p>

CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE METILFENIDATO - ADULTOS (Acima de 19 anos)

Paciente: _____ Nº Prontuário: _____

() Masc. () Fem. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO

CRITÉRIO A – Sintomas

Pergunta	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente
1. Com que freqüência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?					
2. Com que freqüência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?					
3. Com que freqüência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?					
4. Com que freqüência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?					
5. Com que freqüência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?					
6. Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que freqüência você evita ou adia o início?					
7. Com que freqüência você coloca as coisas fora do lugar ou tem de dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?					
8. Com que freqüência você se distrai com atividades ou barulho à sua volta?					
9. Com que freqüência você tem dificuldade para se lembrar de compromissos ou obrigações?					
TOTALIZAÇÃO - PARTE A					
1. Com que freqüência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado(a) por muito tempo?					
2. Com que freqüência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações onde deveria ficar sentado(a)?					
3. Com que freqüência você se sente inquieto(a) ou agitado(a)?					
4. Com que freqüência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?					
5. Com que freqüência você se sente ativo(a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse "com um motor ligado"?					
6. Com que freqüência você se pega falando demais em situações sociais?					
7. Quando você está conversando, com que freqüência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?					
8. Com que freqüência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?					
9. Com que freqüência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?					
TOTALIZAÇÃO - PARTE B					

ASR-18- Versão em português validada por Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. 2006 (adaptado)

Se os itens de desatenção da parte A (1 a 9) E/OU os itens de hiperatividade-impulsividade da parte B (1 a 9) têm várias respostas marcadas como FREQUENTEMENTE ou MUITO FREQUENTEMENTE existe chances de ser portador de TDAH (pelo menos 4 em cada uma das partes), aplicar o critério B.

Critério B: Alguns desses sintomas estão presentes desde precocemente (antes dos 7 ou 12 anos)?

Sim () Não ()

Se sim, aplicar o critério C.

CRITÉRIO C: Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 contextos diferentes (por ex., no trabalho, na vida social, na faculdade e no relacionamento conjugal ou familiar)?

Sim () Não ()

Se sim, aplicar o critério D.

CRITÉRIO D: Há problemas evidentes por conta dos sintomas?

Sim () Não ()

Critério E: Pode ser melhor explicado por outro transtorno mental, por ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou um transtorno da personalidade?

Sim () Não ()

Nome do médico: _____	CRM: _____
Data: ____/____/____	Carimbo/Assinatura: _____
Autorizado: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Data: _____	

É obrigatório o preenchimento de todos os campos.

A validade deste formulário é de, no máximo, 180 dias a partir da data de autorização.

CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE METILFENIDATO - CRIANÇAS E ADOLESCENTES (06 a 19 anos)

Paciente: _____ Nº Prontuário: _____
() Masc. () Fem. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO

Critério A – Sintomas

Sintomas	Escola*	Casa*
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.		
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.		
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.		
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres da escola, tarefas ou obrigações.		
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades		
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.		
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).		
8. Distrai-se com estímulos externos.		
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia.		
Totalização – Número de itens de desatenção (itens 1 a 9) registrados como 2 ou 3		
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.		
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.		
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado.		
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.		
14. Não pára ou freqüentemente está a "mil por hora".		
15. Fala em excesso.		
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.		
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.		
18. Interrompe os outros ou se intromete (p. ex: mete-se nas conversas/jogos)		
Totalização – Número de itens de Hiperatividade/Impulsividade (itens 10 a 18) registrados como 2 ou 3		

SNAP-IV - Versão em português validada por Mattos P et al. 2005 (adaptado)

***Legenda: Nem um pouco: 0; Só um pouco: 1; Bastante: 2; Demais: 3**

Se detectados seis ou mais sintomas para desatenção e/ou seis ou mais sintomas para hiperatividade/impulsividade nas duas áreas avaliadas (escola e casa), desde que classificados como "bastante"(2) ou "demais" (3), aplicar o critério B.

Critério B. Aparecimento dos sintomas:

Sintomas Presentes antes do 7 anos

Sim () Não () Se sim, aplicar o critério C.

Critério C: Contexto de aparecimento dos sintomas:

Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos 2 contextos diferentes (escola, trabalho, vida social ou em casa).

Sim () Não () Se sim, aplicar o critério D.

Critério D: Impacto na qualidade de vida:

Há problemas evidentes na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas?

Sim () Não ()

Critério E: Diagnóstico Diferencial:

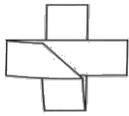
Pode ser melhor explicado por outro transtorno mental, por ex., transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo ou um transtorno da personalidade?

Sim () Não ()

Comorbidades:

- ⇒ Epilepsia? Não () Sim () Controlada () Não Controlada ()
- ⇒ Retardo mental? Não () Sim ()
- ⇒ Depressão? Não () Sim ()
- ⇒ Transtorno de Ansiedade? Não () Sim ()
- ⇒ Transtorno de aprendizagem? Não () Sim ()
- ⇒ Transtorno bipolar do humor? Não () Sim ()

Nome do médico: _____	CRM: _____
Data: ____/____/____	Carimbo/Assinatura: _____
Autorizado: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Data: _____	

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**
Metilfenidato

Eu,.....(nome do(a) paciente ou responsável legal – em caso de criança ou adolescente-), abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do **metilfenidato** preconizado para o tratamento do **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade**.

Assim, declaro que: Fui claramente informado (a) de que o medicamento pode trazer os seguintes **benefícios**: redução dos sintomas de: inquietação interior, impulsividade, desatenção, distração, esquecimento, desorganização cognitiva e agitação que comprometem não apenas o desempenho acadêmico, mas também diversos domínios sociais, interpessoais, escolares, ocupacionais, familiares, recreativos, cognitivos e comportamentais na vida do indivíduo afetado. Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

Contra-indicações: Glaucoma. Hipertireoidismo não controlado. Insuficiência cardíaca. Angina grave. Arritmia. Hipertensão grave. Lactação. Uso concomitante de inibidor da monoaminoxidase (por exemplo, a selegilina) ou história de uso nos últimos 14 dias. Epilepsia não controlada. Retardo mental. Depressão grave. Idéias suicidas. Hipersensibilidade ao metilfenidato.

Riscos: 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 que os riscos). Informe imediatamente o seu médico caso ocorra elevação dos níveis de pressão arterial, aumento na frequência de crises convulsivas e suspeita e/ou confirmação de gravidez.

Reações adversas:• Frequentes: anorexia com perda de peso, dor abdominal, náusea, vômito, dispepsia, boca seca, taquicardia, palpitação, arritmias, alteração da pressão arterial, tiques, insônia, nervosismo, astenia, depressão, irritabilidade, agressividade, dor de cabeça, sonolência, alterações motoras, febre, artralgia, rash, prurido, alopecia;

- Menos frequentes: diarreia, sonhos anormais, confusão, idéias suicidas, alteração da frequência urinária, hematúria, cãibras, epistaxe.

- Raras: angina, restrição de crescimento, distúrbios visuais;

- Muito raras: disfunção hepática, enfarte do miocárdio, arterite cerebral, psicose, síndrome neuroléptica maligna, tolerância e dependência, distúrbios hematológicos incluindo leucopenia e trombocitopenia, glaucoma de ângulo fechado, dermatite exfoliativa, eritema multiforme.

Estou ciente de que pode haver necessidade de mudanças nas doses e que este medicamento somente pode ser utilizado pelo próprio paciente, que se compromete a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento. No entanto, comunicarei ao médico assistente o motivo da suspensão, para discutirmos novas possibilidades terapêuticas.

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

Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste termo de esclarecimento e responsabilidade.

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 ser atendido, inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento.

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

() Metilfenidato

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer 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 do responsável legal			
Médico Responsável:	CRM:	UF:	

Assinatura e carimbo do médico			
Data: __/__/__			

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

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* _____ 20- Telefone(s) para contato do paciente _____

Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda

21- Número do documento do paciente _____ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____