

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

Paciente: \_\_\_\_\_ N° 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?					
<b>TOTALIZAÇÃO - PARTE A</b>					
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?					
<b>TOTALIZAÇÃO - PARTE B</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:  sim  não \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico Autorizador: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**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.		
<b>Totalização – Número de itens de desatenção (itens 1 a 9) registrados como 2 ou 3</b>		
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)		
<b>Totalização – Número de itens de Hiperatividade/Impulsividade (itens 10 a 18) registrados como 2 ou 3</b>		

*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:  sim  não \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico Autorizador: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**É obrigatório o preenchimento de todos os campos.**

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

**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).

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e do médico assistente.

Autorizo a Secretaria de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

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

**Paciente:**

Nome: \_\_\_\_\_  
Documento de identidade: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )  
Idade: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Responsável legal (quando for o caso)

Documento de identidade do responsável legal: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente ou do responsável legal: \_\_\_\_\_

**Médico:**

Médico Responsável: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
UF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do Médico

Data

**Observações:**

1. O preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento do medicamento.
2. Este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e a outra será entregue ao paciente.