

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE METILFENIDATO NO TRATAMENTO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE CONFORME PROTOCOLO ESTADUAL**
**- ACIMA DE 18 ANOS -**

Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo: ( ) M ( ) F

**CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO - Critério A - Sintomas**

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

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 (pelo menos 4 em cada uma das partes), aplicar o critério B.

**Critério B** – Alguns desses sintomas estão presentes desde precocemente (antes dos 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 ( )

**Faz acompanhamento multiprofissional?**

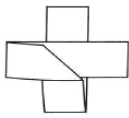
Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais profissionais: \_\_\_\_\_

**Possui alguma das condições abaixo:**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| ⇒ Ansiedade, tensão e agitação acentuadas? | Não ( ) Sim ( )                      |
| ⇒ Hipertireoidismo não controlado?         | Não ( ) Sim ( )                      |
| ⇒ Glaucoma?                                | Não ( ) Sim ( )                      |
| ⇒ Feocromocitoma?                          | Não ( ) Sim ( )                      |
| ⇒ Uso concomitante de inibidor da MAO?     | Não ( ) Sim ( )                      |
| ⇒ Distúrbios cardiovasculares?             | Não ( ) Sim ( ) Se sim, quais: _____ |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local, data

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Médico prescritor



**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE METILFENIDATO NO TRATAMENTO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE CONFORME PROTOCOLO ESTADUAL**

**- CRIANÇAS E ADOLESCENTES (06 a 18 anos) -**

Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo: ( ) M ( ) F

**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 – Nº de itens de desatenção (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 para ou frequentemente está a “mil por hora”		
15. Fala em excesso		
16. Responde às 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 – Nº de itens de Hiperatividade/Impulsividade (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 12 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 ( )

**Faz acompanhamento multiprofissional?**

Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais profissionais: \_\_\_\_\_

**Possui alguma das condições abaixo:**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| ⇒ Ansiedade, tensão e agitação acentuadas? | Não ( ) Sim ( )                      |
| ⇒ Hipertireoidismo não controlado?         | Não ( ) Sim ( )                      |
| ⇒ Glaucoma?                                | Não ( ) Sim ( )                      |
| ⇒ Feocromocitoma?                          | Não ( ) Sim ( )                      |
| ⇒ Uso concomitante de inibidor da MAO?     | Não ( ) Sim ( )                      |
| ⇒ Distúrbios cardiovasculares?             | Não ( ) Sim ( ) Se sim, quais: _____ |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local, data

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura do Médico prescritor