

**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
TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (Protocolo Estadual) Metilfenidato 10mg comp lib imediata* Metilfenidato cáps lib prolongada de 10 mg, 20 mg, 30 mg e 40 mg* Metilfenidato comp lib prolongada 18mg, 36mg e 54mg*	Para todos: - Laudo médico informando o tratamento não farmacológico prescrito ao paciente (validade 90 dias) - Dosagem de TSH e T4 livre recente (validade 180 dias) - Formulário para solicitação de metilfenidato no tratamento do déficit de atenção com hiperatividade preenchido. (validade 90 dias) Para Metilfenidato de liberação prolongada: - Laudo médico com descrição detalhada dos problemas de adesão ao tratamento com metilfenidato 10 mg de liberação imediata com comprometimento de eficácia, informando tempo de uso e posologia adotada (validade 90 dias).	Para todos: - laudo médico com descrição detalhada da evolução clínica do paciente, incluindo a resposta terapêutica e ocorrência de eventos adversos. Periodicidade: semestral - Cópia dos exames de hemograma com contagem total plaquetas, dosagem de TSH e T4 livre. Periodicidade: anual	F90.0 F90.1 F90.8 F90.9 Para crianças e adolescentes (6 a 19 anos): Pediatra Psiquiatra Neurologista (Exclusivamente) Para adultos (acima de 19 anos): Psiquiatra (Exclusivamente)

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

CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE METILFENIDATO - ADULTOS (Acima de 19 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?					
TOTALIZAÇÃO - PARTE A					
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?					
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: ☐ 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.

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE METILFENIDATO NO TRATAMENTO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE CONFORME PROTOCOLO ESTADUAL
CRITÉRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE METILFENIDATO - CRIANÇAS E ADOLESCENTES (06 a 19 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.		
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 inadequado.		
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: ☐ 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, hematuria, câibras, 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: __/__/__			



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

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

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

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