



## **FARMÁCIA DE MINAS**

### **ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO**

- ✓ O Sr(a). deverá providenciar todos os itens indicados na “Relação de documentos e exames para solicitação de medicamentos”.
- ✓ Observe que alguns deles devem ser preenchidos e assinados pelo seu médico:
  - Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME);
  - Prescrição médica;
  - Relatório médico e/ou Formulário Específico; e
  - Termo de Conhecimento de Risco (se houver) e/ou Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (se houver).
- ✓ De posse de todos os documentos necessários, o Sr(a). ou seu representante deve dirigir-se à Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF) de sua regional de saúde, ou à farmácia de seu município.
- ✓ A SES-MG estima um prazo médio de 30 dias para avaliação de sua solicitação.
- ✓ Baixe o Aplicativo MG-App em seu celular e acompanhe a situação da análise de sua solicitação. Você também poderá acessar o Portal MG (<https://cidadao.mg.gov.br>).

**ATENÇÃO:** Se o Sr(a). reside em um dos municípios pertencentes à Regional de Saúde de Belo Horizonte, deverá agendar o atendimento via internet para protocolar sua solicitação de medicamentos.

**Acesse o Aplicativo MG App → Saúde → Solicitar  
Medicamentos → Agendar abertura de solicitação de  
medicamento especializado (Regional de BH)**

- ✓ Em caso de dúvidas, procure o farmacêutico de sua regional ou de seu município.



## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

### TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

**Medicamentos com restrição de idade:**

**Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Ziprasidona** - Idade mínima: 18 anos

**Risperidona** - Idade mínima: 5 anos

#### DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto)
- Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do Comprovante de Residência
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

#### DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

→ SOLICITAÇÃO INICIAL	→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)	→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b> <input type="checkbox"/> <b>Formulário Específico:</b> Transtorno Esquizoafetivo <input type="checkbox"/> <b>Escala BPRS</b>	<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b>	<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b> <input type="checkbox"/> <b>Formulário Específico:</b> Transtorno Esquizoafetivo <input type="checkbox"/> <b>Escala BPRS</b>

#### EXAMES

**→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS**

Não se aplica

**→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO****Para Clozapina**

- Hemograma com Plaquetas (Validade 1 mês)

**→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO): EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME NOVO MEDICAMENTO REQUERIDO****Para Clozapina**

- Hemograma com Plaquetas (Validade 1 mês)

#### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Necessário apresentar Receita de Controle Especial (branca) a cada dispensação.

**DATA:****LOCAL:**

\_\_\_\_\_  
NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA







	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>6</b>	<b>INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA:</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Doença cardiovascular ou cerebrovascular;</li><li><input type="checkbox"/> Neoplasias;</li><li><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus de difícil controle ou descompensada;</li><li><input type="checkbox"/> Hepatopatia;</li><li><input type="checkbox"/> Citopenia;</li><li><input type="checkbox"/> Insuficiência renal;</li><li><input type="checkbox"/> Doença da tireóide;</li><li><input type="checkbox"/> Dislipidemia;</li><li><input type="checkbox"/> Hiperprolactinemia;</li><li><input type="checkbox"/> Glaucoma;</li><li><input type="checkbox"/> Catarata;</li><li><input type="checkbox"/> Doença de parkinson;</li><li><input type="checkbox"/> Doença de alzheimer;</li><li><input type="checkbox"/> Gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação;</li><li><input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica;</li><li><input type="checkbox"/> Dependência ou abuso de drogas psicoativas;</li><li><input type="checkbox"/> Depressão;</li><li><input type="checkbox"/> Antecedente de tentativa de suicídio;</li><li><input type="checkbox"/> Não concordância com o Termo de Consentimento Informado.</li></ul>
<b>7</b>	<b>PARA USO DE CLOZAPINA:</b> Paciente tem histórico de Epilepsia ou Retardo Mental? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, incluir obrigatoriamente relatório de neurologista
<b>8</b>	<b>OUTRAS INFORMAÇÕES:</b> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>9</b>	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b> Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico



## ESCALA BREVE DE AVALIAÇÃO PSQUIÁTRICA – BPRS ANCORADA COM SUGESTÕES DE PERGUNTAS

Versão Ancorada - BPRS-A (Worner, 1998, trad. Romano e Elkis, 1996) mais entrevista Clínica Estruturada

Nome civil do(a) paciente:		Número:	Data:
Nome social do(a) paciente:			
Entrevistador:			Fase:
<b>Instruções:</b> A escala é composta de 18 itens a serem avaliados. Metade destes (itens 3, 4, 7, 13, 14, 16, 17 e 18) devem ser avaliados tomando por base OBSERVAÇÕES feitas durante a entrevista. Os itens assinalados com RELATO DO PACIENTE devem ser avaliados a partir de informação RELATADA (ou seja, SUBJETIVA) referente ao período escolhido (em geral 1 semana). As perguntas-guia em negrito devem ser formuladas diretamente nos itens em que se avalia o relato do paciente.			
<b>Início da entrevista:</b> Comece com estas perguntas e utilize as mesmas para completar o item 18 (Orientação): <i>Qual seu nome completo? E a sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?) Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado? Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)?</i>			
1	<b>RELATO DO PACIENTE</b>	<b>PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA:</b> Grau de preocupação com a saúde física. Avaliar o grau no qual a saúde física é percebida como um problema pelo paciente quer as queixas sejam baseadas na realidade ou não. Não pontuar simples relato de sintomas físicos. Avaliar apenas apreensão ou preocupação sobre problemas físicos (reais ou imaginários).	
	<b>Pergunta-guia</b>	<i>Como costuma ser sua saúde física (do corpo)? Como esteve sua saúde no último ano? Você está preocupado com algum problema de saúde agora? Você sente que tem alguma coisa incomum acontecendo com seu corpo ou cabeça?</i>	
	<b>0</b>	<b>Não relatado.</b>	
	<b>1</b>	<b>Muito leve:</b> Ocasionalmente fica levemente preocupado com o corpo, sintomas ou doenças físicas.	
	<b>2</b>	<b>Leve:</b> Ocasionalmente fica preocupado com o corpo de forma moderada, ou frequentemente fica levemente apreensivo.	
	<b>3</b>	<b>Moderado:</b> Ocasionalmente fica muito preocupado ou moderadamente preocupado com frequência.	
	<b>4</b>	<b>Moderadamente grave:</b> Frequentemente fica muito preocupado.	
	<b>5</b>	<b>Grave:</b> Fica muito preocupado a maior parte do tempo.	
	<b>6</b>	<b>Muito grave:</b> Fica muito preocupado praticamente o tempo todo	
2	<b>RELATO DO PACIENTE</b>	<b>ANSIEDADE:</b> Preocupação, medo ou preocupação excessiva acerca do presente ou futuro. <b>Pontuar somente a partir do relato verbal das experiências subjetivas do paciente.</b> Não inferir ansiedade a partir de sinais físicos ou mecanismos de defesa neuróticos. Não pontuar se restrito à preocupação somática.	
	<b>Pergunta-guia</b>	<i>Você está preocupado com alguma coisa? Você tem se sentido tenso ou ansioso a maior parte do tempo? (Quando se sente assim, você consegue saber o porquê? De que forma suas ansiedades ou preocupações afetam o seu dia a dia? Existe algo que ajuda a melhorar essa sensação?)</i>	
	<b>0</b>	<b>Não relatado.</b>	
	<b>1</b>	<b>Muito leve:</b> Ocasionalmente se sente levemente ansioso.	
	<b>2</b>	<b>Leve:</b> Ocasionalmente se sente moderadamente ansioso ou frequentemente se sente levemente ansioso.	
	<b>3</b>	<b>Moderado:</b> Ocasionalmente se sente muito ansioso ou frequentemente se sente moderadamente ansioso.	
	<b>4</b>	<b>Moderadamente grave:</b> Frequentemente se sente muito ansioso.	
	<b>5</b>	<b>Grave:</b> sente-se muito ansioso a maior parte do tempo.	
3	<b>OBSERVAÇÃO DO PACIENTE</b>	<b>RETRAIMENTO AFETIVO:</b> Deficiência no relacionamento com o entrevistador e na situação da entrevista. Manifestações evidentes dessa deficiência incluem: falta de contato visual (troca de olhares); o paciente não se aproxima do entrevistador; apresenta uma falta de envolvimento e compromisso com a entrevista. Diferenciar do AFETO EMBOTADO, no qual são pontuados deficiências na expressão facial, gestualidade e tom de voz. <b>Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</b>	
	<b>0</b>	<b>Não observado.</b>	
	<b>1</b>	<b>Muito leve:</b> Ocasionalmente deixa de encarar o entrevistador.	
	<b>2</b>	<b>Leve:</b> Como acima porém mais frequente.	
	<b>3</b>	<b>Moderado:</b> Demonstra dificuldade em encarar o entrevistador, mas ainda parece engajado na entrevista e responde apropriadamente a todas as questões.	



	4	<b>Moderadamente grave:</b> Olha fixamente o chão e afasta-se do entrevistador, mas ainda parece moderadamente engajado na entrevista.
	5	<b>Grave:</b> Como acima, porém mais persistente ou disseminado.
	6	<b>Muito grave:</b> Parece estar “aéreo”, “nas nuvens” ou “viajando” (total ausência de vínculo emocional) e desproporcionalmente não envolvido ou não comprometido com a situação da entrevista (Não pontuar se explicado pela desorientação).
4	<b>OBSERVAÇÃO DO PACIENTE</b>	<b>DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL:</b> Grau de incompreensibilidade da fala. Incluir qualquer tipo de desordem formal de pensamento( p.ex.: Associações frouxas, incoerência, fuga de ideias, neologismos). Não incluir mera circunstancialmente ou fala maníaca, mesmo que acentuada. Não pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente (p.ex. “Meus pensamentos estão voando”; “Não consigo manter o pensamento”; “Meus pensamentos se misturam todos”). <b>Pontuar SOMENTE a partir de observações feitas durante a entrevista.</b>
	0	<b>Não observado.</b>
	1	<b>Muito leve:</b> Levemente vago, todavia, de significação clínica duvidosa.
	2	<b>Leve:</b> Frequentemente vago, mas é possível prosseguir a entrevista.
	3	<b>Moderado:</b> Ocasionalmente faz afirmações irrelevantes; uso infrequente de neologismos; ou associações moderadamente frouxas.
	4	<b>Moderadamente grave:</b> Frequentemente fica muito preocupado.
	5	<b>Grave:</b> Desordem formal de pensamento presente durante a maior parte da entrevista, tornando-a muito difícil.
	6	<b>Muito grave:</b> Muita pouca informação coerente pode ser obtida.
5	<b>RELATO DO PACIENTE</b>	<b>SENTIMENTOS DE CULPA:</b> Preocupação ou remorso desproporcional pelo passado. <b>Pontuar a partir das experiências subjetivas de culpa evidenciadas por meio de relato verbal.</b> Não inferir sentimentos de culpa a partir de depressão, ansiedade ou defesas neuróticas.
	<b>Pergunta-guia</b>	<i>Nos últimos dias você tem se sentido um peso para sua família ou colegas? Você tem se sentido culpado por alguma coisa feita no passado? Você acha que o que está passando agora é um tipo de castigo? (Por que você acha isso?)</i>
	0	<b>Não relatado.</b>
	1	<b>Muito leve:</b> Ocasionalmente se sente levemente culpado.
	2	<b>Leve:</b> Ocasionalmente se sente moderadamente culpado; ou frequentemente se sente levemente culpado.
	3	<b>Moderado:</b> Ocasionalmente se sente muito culpado; ou frequentemente se sente moderadamente culpado.
	4	<b>Moderadamente grave:</b> Frequentemente se sente muito culpado.
	5	<b>Grave:</b> Sente-se muito culpado a maior parte do tempo ou apresenta delírio de culpa encapsulado.
	6	<b>Muito grave:</b> Sentimento de culpa angustiante e constante; ou delírios de culpa disseminados.
6	<b>OBSERVAÇÃO DO PACIENTE</b>	<b>TENSÃO:</b> Avaliar <b>inquietação motora (agitação) observada durante a entrevista.</b> NÃO pontuar a partir de experiências subjetivas relatadas pelo paciente. Desconsiderar patogênese presumida (por ex.: discinesia tardia).
	0	<b>Não observado.</b>
	1	<b>Muito leve:</b> Ocasionalmente agitado.
	2	<b>Leve:</b> Frequentemente agitado.
	3	<b>Moderado:</b> Agita-se constantemente ou frequentemente. Torce as mãos e puxa a roupa.
	4	<b>Moderadamente grave:</b> Agita-se constantemente. Torce as mãos e puxa a roupa.
	5	<b>Grave:</b> Não consegue ficar sentado, isto é, precisa andar.
	6	<b>Muito grave:</b> Anda de maneira frenética
7	<b>OBSERVAÇÃO DO PACIENTE</b>	<b>MANEIRISMOS E POSTURA:</b> Comportamento motor incomum ou não natural. <b>Pontuar apenas anormalidades de movimento; não pontuar aqui simples aumento da atividade motora.</b> Considerar frequência, durante e grau do caráter bizarro. Desconsiderar patogênese presumida.
	0	<b>Não observado.</b>
	1	<b>Muito leve:</b> Comportamento estranho, mas de significação clínica duvidosa (por exemplo, um riso imotivado ocasional, movimentos de lábios infrequentes).
	2	<b>Leve:</b> Comportamento estranho, mas não obviamente bizarro, (por exemplo, às vezes balança a cabeça ritmadamente de um lado para o outro, movimenta os dedos de maneira anormal intermitentemente).
	3	<b>Moderado:</b> Adota posição de ioga por um breve período, à vezes põe a língua para fora, balança o corpo.
	4	<b>Moderadamente grave:</b> Adota e mantém posição de ioga durante toda a entrevista, movimentos incomuns em várias áreas do corpo.
	5	<b>Grave:</b> Como acima, porém mais frequente intenso ou disseminado.
	6	<b>Muito grave:</b> Postura bizarra durante maior parte da entrevista, movimentos anormais constantes em várias



		áreas do corpo.
8	RELATO DO PACIENTE	<b>IDÉIAS DE GRANDEZA:</b> Autoestima (autoconfiança) exagerada ou apreciação desmedida dos próprios talentos, poderes, habilidades, conquistas, conhecimentos, importância ou identidade. Não pontuar mera quantidade grandiosa das alegações (por exemplo: “sou o pior pecador do mundo”, “todo o país está tentando me matar”) a menos que a culpa/persecutoriedade esteja relacionada a algum atributo especial exagerado do indivíduo. O paciente deve declarar atributos exagerados; se negar talentos, poderes, etc., mesmo que ele afirme que outros digam que ele possui essas qualidades, este item não deve ser pontuado. <b>Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</b>
	Pergunta-guia	<i>Nos últimos dias você tem se sentido com algum talento ou habilidade que a maioria das pessoas não tem? (Como você sabe disso?) Você acha que as pessoas têm tido inveja de você? Você tem acreditado que tenha alguma coisa importante para fazer no mundo?</i>
	0	<b>Não relatado.</b>
	1	<b>Muito leve:</b> É mais confiante que a maioria, mas isso é apenas de possível significância clínica.
	2	<b>Leve:</b> Autoestima definitivamente aumentada ou talentos exagerados de modo levemente desproporcional às circunstâncias.
	3	<b>Moderado:</b> Autoestima aumentada de modo claramente desproporcional às circunstâncias, ou suspeita-se de delírio de Grandeza.
	4	<b>Moderadamente grave:</b> Um único (e claramente definido) delírio de grandeza encapsulado ou múltiplos delírios de grandeza fragmentários (claramente definidos).
	5	<b>Grave:</b> Um único e claro delírio/sistema delirante ou múltiplos e claros delírios de grandeza com os quais o paciente parece preocupado.
	6	<b>Muito grave:</b> Como acima, mas a quase totalidade da conversa é dirigida aos delírios de grandeza do paciente.
9	RELATO DO PACIENTE	<b>HUMOR DEPRESSIVO:</b> Relato subjetivo de sentimento de depressão, tristeza, “estar na fossa”, etc. Pontuar apenas o grau de depressão relatada. Não pontuar inferências de depressão feitas a partir de identificação geral e queixas somáticas. <b>Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</b>
	Pergunta-guia	<i>Como tem estado seu humor (alegre, triste, irritável)? Você acredita que pode melhorar? (Como esse sentimento tem afetado seu dia a dia?)</i>
	0	<b>Não relatado.</b>
	1	<b>Muito leve:</b> Ocasionalmente se sente levemente deprimido.
	2	<b>Leve:</b> Ocasionalmente se sente moderadamente deprimido; ou frequentemente se sente levemente deprimido.
	3	<b>Moderado:</b> Ocasionalmente se sente muito deprimido; ou frequentemente se sente moderadamente deprimido.
	4	<b>Moderadamente grave:</b> Frequentemente se sente muito deprimido
	5	<b>Grave:</b> Sente-se muito deprimido a maior parte do tempo.
	6	<b>Muito grave:</b> Sente-se muito deprimido quase o tempo todo.
10	RELATO DO PACIENTE	<b>HOSTILIDADE:</b> Animosidade, desprezo, agressividade, desdém por outras pessoas fora da situação de entrevistas. <b>Pontuar somente a partir de relato verbal e atos do paciente em relação aos outros.</b> Não inferir hostilidade a partir de defesas neuróticas, ansiedade ou queixas somáticas.
	Pergunta-guia	<i>Nos últimos dias você tem estado impaciente ou irritável com as outras pessoas? (Conseguiu manter o controle? Tolerou as provocações? Chegou a agredir alguém ou quebrar objetos?)</i>
	0	<b>Não relatado.</b>
	1	<b>Muito leve:</b> Ocasionalmente sente um pouco de raiva.
	2	<b>Leve:</b> Frequentemente sente um pouco de raiva; ou ocasionalmente sente raiva moderada.
	3	<b>Moderado:</b> Ocasionalmente sente muita raiva; ou frequentemente sente raiva moderada.
	4	<b>Moderadamente grave:</b> Frequentemente sente muita raiva.
	5	<b>Grave:</b> Atuou sua raiva tornando-se verbal ou fisicamente agressivo em uma ou duas ocasiões.
	6	<b>Muito grave:</b> Atuou sua raiva em várias ocasiões.
11	RELATO DO PACIENTE	<b>DESCONFIANÇA:</b> Crença (delirante ou não) de que os outros têm agora ou tiveram no passado intenções discriminatórias ou maldosas em relação paciente. Pontuar apenas se o paciente relatar desconfianças atuais quer elas se refiram a circunstâncias presentes ou passadas. <b>Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</b>
	Pergunta-guia	<i>Você tem tido a impressão de que as outras pessoas estão falando ou rindo de você? ( De que forma você percebe isso?) Você tem achado que tem alguém com más intenções contra você ou se esforçado para lhe causar problemas? (Quem? Por quê? Como você sabe disso?)</i>
	0	<b>Não relatado.</b>



	1	<b>Muito leve:</b> Raras circunstâncias de desconfiança que podem ou não corresponder à realidade.
	2	<b>Leve:</b> Situações de desconfiança ocasionais que definitivamente não correspondem à realidade.
	3	<b>Moderado:</b> Desconfiança mais frequente; ou ideias de referência passageiras.
	4	<b>Moderadamente grave:</b> Desconfiança disseminada; ou ideias de referência frequentes.
	5	<b>Grave:</b> Claros delírios de perseguição ou referência não totalmente disseminados (por exemplo: um delírio encapsulado).
	6	<b>Muito grave:</b> Como acima, porém mais abrangente, frequente, intenso.
12	<b>RELATO DO PACIENTE</b>	<b>COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO (ALUCINAÇÕES):</b> Percepções (em qualquer modalidade dos sentidos) na ausência de um estímulo externo identificável. <b>Pontuar apenas experiências que ocorreram na última semana.</b> NÃO pontuar “vozes na minha cabeça”, ou “visões na minha mente” a menos que o paciente saiba diferenciar entre essas experiências e seus pensamentos.
	<b>Pergunta-guia</b>	<i>Você tem tido experiências incomuns que a maioria das pessoas não tem? Você tem escutado coisas que as outras pessoas não podem ouvir? (Você estava acordado nesse momento? O que você ouvia – barulhos, cochichos, vozes conversando com você ou conversando entre si? Com que frequência? Interferem no seu dia a dia?) Você tem visto coisas que a maioria das pessoas não pode ver? (Você estava acordado nesse momento? O que você via – luzes, formas, imagens? Com que frequência? Interferem no seu dia a dia?)</i>
	0	<b>Não relatado.</b>
	1	<b>Muito leve:</b> Apenas suspeita de alucinação.
	2	<b>Leve:</b> Alucinações definidas, porém insignificantes, infrequentes ou transitórias.
	3	<b>Moderado:</b> Como acima, porém mais frequentes (por exemplo: frequentemente vê a cara do diabo; duas vozes travam uma longa conversa).
	4	<b>Moderadamente grave:</b> As alucinações são vividas quase todo o dia ou são fontes de incômodo extremo.
	5	<b>Grave:</b> Como acima e exerceu impacto moderado no comportamento do paciente (por exemplo: dificuldades de concentração que levam a um comprometimento do trabalho).
	6	<b>Muito grave:</b> Como acima, com grave impacto (por exemplo.: tentativas de suicídio como resposta a ordens alucinatórias).
13	<b>OBSERVAÇÃO DO PACIENTE</b>	<b>RETARDAMENTO MOTOR:</b> Redução do nível de energia evidenciada por movimentos mais lentos. <b>Pontuar apenas a partir de comportamento observado no paciente.</b> Não pontuar a partir das impressões subjetivas do paciente sobre o seu próprio nível de energia.
	0	<b>Não observado.</b>
	1	<b>Muito leve:</b> Significação clínica duvidosa.
	2	<b>Leve:</b> Conversa um pouco mais lentamente, movimentos levemente mais lentos.
	3	<b>Moderado:</b> Conversa notavelmente mais lenta, mas não arrastada.
	4	<b>Moderadamente grave:</b> Conversa arrastada, movimenta-se muito lentamente.
	5	<b>Grave:</b> É difícil manter a conversa, quase não se movimenta.
	6	<b>Muito grave:</b> Conversa quase impossível, não se move durante toda a entrevista.
14	<b>OBSERVAÇÃO DO PACIENTE</b>	<b>FALTA DE COOPERAÇÃO COM A ENTREVISTA:</b> Evidência de resistência, indelicadeza, ressentimento e falta de prontidão para cooperar com o entrevistador. <b>Pontuar exclusivamente a partir das atitudes do paciente e das reações ao entrevistador e à situação da entrevista.</b> Não pontuar a partir do relato do ressentimento e recusa à cooperação fora da situação de entrevista.
	0	<b>Não observado.</b>
	1	<b>Muito leve:</b> Não parece motivado.
	2	<b>Leve:</b> Parece evasivo em certos assuntos.
	3	<b>Moderado:</b> Monossilábico, fracassa em cooperar espontaneamente.
	4	<b>Moderadamente grave:</b> Expressa ressentimento e é indelicado durante a entrevista.
	5	<b>Grave:</b> Recusa-se a responder algumas questões.
	6	<b>Muito grave:</b> Recusa-se a responder a maior parte das questões
15	<b>RELATO DO PACIENTE</b>	<b>ALTERAÇÃO DO CONTEÚDO DO PENSAMENTO (DELÍRIOS):</b> Gravidade de qualquer tipo de delírio. Considerar convicção e seu efeito em ações. Pressupor convicção total se o paciente agiu baseado em suas crenças. <b>Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</b>
	<b>Pergunta-guia</b>	<i>Você tem acreditado que alguém ou alguma coisa fora de você esteja controlando seus pensamentos ou suas ações contra a sua vontade? Você tem a impressão de que o rádio ou a televisão mandam mensagens para você? Você sente que alguma coisa incomum esteja acontecendo ou está para acontecer?</i>
	0	<b>Não relatado.</b>
	1	<b>Muito leve:</b> Suspeita-se ou há probabilidade de delírio.
	2	<b>Leve:</b> Às vezes o paciente questiona suas crenças (delírios parciais).





		3	<b>Moderado:</b> Plena convicção delirante, porém delírios têm pouca ou nenhuma influência sobre o comportamento.
		4	<b>Moderadamente grave:</b> Plena convicção delirante, porém os delírios têm impacto apenas ocasional sobre o comportamento.
		5	<b>Grave:</b> Delírios têm efeito significativo: por exemplo, negligência responsabilidade por causa de preocupações com a crença de que é Deus.
		6	<b>Muito grave:</b> Delírios têm impacto marcante; por exemplo, para de comer porque acredita que a comida está envenenada.
16	<b>OBSERVAÇÃO DO PACIENTE</b>		<b>AFETO EMBOTADO:</b> Responsividade afetiva diminuída, caracterizado por <i>deficits</i> na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Diferenciar de RETRAIMENTO AFETIVO, no qual o foco está no comportamento interpessoal mais do que no afetivo. Considerar grau de consistência do comprometimento. <b>Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</b>
		0	<b>Não observado.</b>
		1	<b>Muito leve:</b> Ocasionalmente parece indiferente a assuntos que são normalmente acompanhados por demonstração de emoção.
		2	<b>Leve:</b> Expressão facial levemente diminuída, ou voz levemente monótona, ou gestualidade levemente limitada.
		3	<b>Moderado:</b> Como acima, porém de forma mais intensa, prolongada ou frequente.
		4	<b>Moderadamente grave:</b> Achatamento de afeto, incluindo pelo menos duas de três características (falta acentuada de expressão facial, voz monótona ou gestualidade limitada).
		5	<b>Grave:</b> Profundo achatamento de afeto.
		6	<b>Muito grave:</b> Voz totalmente monótona e total falta de gestualidade expressiva durante toda a avaliação.
17	<b>OBSERVAÇÃO DO PACIENTE</b>		<b>EXCITAÇÃO:</b> Tom emocional aumentado, incluindo irritabilidade e expansividade (afeto hipomaníaco). Não inferir afeto de afirmações a partir de delírios de grandeza. <b>Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</b>
		0	<b>Não observado.</b>
		1	<b>Muito leve:</b> Significação clínica duvidosa.
		2	<b>Leve:</b> Às vezes irritadiço ou expansivo.
		3	<b>Moderado:</b> Frequentemente irritadiço ou expansivo.
		4	<b>Moderadamente grave:</b> Constantemente irritadiço ou expansivo, ou às vezes enfurecido ou eufórico.
		5	<b>Grave:</b> Enfurecido ou eufórico durante maior parte da entrevista.
		6	<b>Muito Grave:</b> Como acima, porém de tal modo que a entrevista precisa ser encerrada prematuramente.
18	<b>OBSERVAÇÃO DO PACIENTE</b>		<b>DESORIENTAÇÃO:</b> Confusão ou falta de orientação adequada em relação a pessoas, lugares e tempo. <b>Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</b>
		0	<b>Não observado.</b>
		1	<b>Muito leve:</b> Parece um pouco confuso.
		2	<b>Leve:</b> Indica 2003 quando é, na verdade, 2004.
		3	<b>Moderado:</b> Indica 1992.
		4	<b>Moderadamente grave:</b> Não sabe ao certo onde está.
		5	<b>Grave:</b> Não faz ideia de onde está.
		6	<b>Muito Grave:</b> Não sabe quem é.

Assinatura / Carimbo do médico responsável



## ESCALA BREVE DE AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA/BPRS - FOLHA DE RESPOSTAS

<b>Nome civil do(a) paciente:</b> <b>Nome social do(a) paciente:</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>
<b>Escores:</b> 0 (Não relatado), 1 (Muito leve), 2 (Leve), 3 (Moderado), 4 (Moderadamente grave), 5 (Grave), 6 (Muito grave)		

<b>DATA</b> ____/____/____	<b>Escore</b>	<b>Escore</b>	<b>Escore</b>	<b>Escore</b>	<b>Escore</b>	<b>Escore</b>	<b>Escore</b>	<b>Escore</b>	<b>Escore</b>	<b>Escore</b>	<b>Escore</b>	<b>Escore</b>	<b>Escore</b>	<b>Escore</b>	<b>Escore</b>
1. Preocupação somática															
2. Ansiedade															
3. Retraimento afetivo															
4. Desorganização conceitual															
5. Sentimentos de culpa															
6. Tensão															
7. Maneirismos e postura															
8. Ideias de grandeza															
9. Humor depressivo															
10. Hostilidade															
11. Desconfiança															
12. Comportamento alucinatório (alucinações)															
13. Retardamento psicomotor/motor															
14. Falta de cooperação com a entrevista															
15. Alteração de conteúdo do pensamento (delírios)															
16. Afeto embotado															
17. Excitação															
18. Desorientação															
<b>Escore Total</b>															

Assinatura / Carimbo do médico responsável

**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?*							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar: _____							
<b>13- Atestado de capacidade*</b>							
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?							
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____							
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* _____			
<b>18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*:</b> <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante							
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____							
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda					20- Telefone(s) para contato do paciente _____		
21- Número do documento do paciente _____					23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____		
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____							
22- Correio eletrônico do paciente _____							

\*CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



## REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO(S) DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO PROFISSIONAL NA FARMÁCIA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)	
UNIDADE SOLICITANTE (CAF OU MUNICÍPIO):	CAF DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO (SE HOUVER):
NOME CIVIL COMPLETO DO(A) PACIENTE SOLICITANTE:	
NOME SOCIAL COMPLETO DO(A) PACIENTE SOLICITANTE:	
CPF:	TELEFONE(S) PARA CONTATO:
MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):	
DATA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS: _____ / _____ / _____	
NÚMERO DO PROCESSO SEI:  (OBSERVAÇÃO: PARA PACIENTES JÁ CADASTRADOS NO PROGRAMA, OS NOVOS DOCUMENTOS APRESENTADOS DEVEM SER SEMPRE INSERIDOS NO PROCESSO SEI EXISTENTE, CASO REFERENTES À MESMA CONDIÇÃO CLÍNICA/CHECKLIST)	
NÚMERO DO PROCESSO SIGAF:	
OBSERVAÇÕES:	
_____ NOME LEGÍVEL DO(A) PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ABERTURA DO REQUERIMENTO DE MEDICAMENTOS DO CEAF	

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO USUÁRIO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)
Eu _____ declaro que li e concordo com todas as informações apresentadas no Termo de Adesão sobre a solicitação de medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica.  _____ ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL



## TERMO DE ADESÃO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CEAF

Esse documento tem por objetivo registrar a entrega dos documentos para a solicitação de medicamentos e traz algumas informações úteis ao paciente

### O que esse documento indica?

Que seu pedido por um medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica foi registrado.

### Quais são os próximos passos?

Seus documentos serão analisados pela equipe de analistas da Secretaria de Saúde de Minas Gerais com base no definido em regras estaduais e federais (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, Portarias e Resoluções Estaduais).

Após isso, um documento será produzido com a resposta ao seu pedido, que poderá ser:

- **DEFERIDO:** não existiam erros no seu pedido e por isso ele foi aceito. Será possível iniciar o tratamento, desde que tenha disponibilidade do medicamento na farmácia.
- **DEVOLVIDO:** faltam exames, documentos ou informações no seu pedido e por isso ele precisa ser completado. É preciso que os documentos faltantes sejam entregues em até 90 dias.
- **INDEFERIDO:** seu pedido não obedece às regras estaduais e federais para conseguir o medicamento. Veja o motivo do indeferimento na resposta e leve o documento ao médico.

### Como saber o resultado do meu pedido?

Você pode descobrir o resultado pelo MG APP. Para isso, faça o cadastro no aplicativo, acesse o menu, em seguida vá em “Saúde”, depois “Consulta do Andamento da Solicitação de Medicamentos”. Então insira seus dados e selecione o medicamento que gostaria de consultar.

### E em caso de dúvidas?

Em caso de dúvidas, acesse a página [www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentosceaf](http://www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentosceaf).

### Se o pedido for DEFERIDO, o que mais preciso saber?

- A cada 180 dias (6 meses) é necessário entregar novo Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamentos (LME) e nova receita médica para garantir a continuidade do tratamento;
- Caso o pedido pelo medicamento precise de reavaliação periódica, é necessário entregar novas documentações (LME, receita médica e outros documentos) à farmácia, de tempos em tempos, para continuidade do tratamento. Caso os novos documentos não sejam entregues, o fornecimento do medicamento poderá ser interrompido;
- Para medicamentos sujeitos a controle especial, será necessário entregar nova receita médica mensalmente;
- Caso o medicamento não seja retirado por 6 meses contínuos, sem uma explicação médica anterior a paralisação, será considerado que houve interrupção ou abandono de tratamento e o pedido será INATIVADO. Nesses casos, para conseguir novamente o medicamento, o paciente deverá fazer um novo pedido;
- Caso o tratamento precise ser paralisado por questões médicas, é necessário entregar relatório médico com o motivo da suspensão antes da próxima data de retirada do medicamento. Além disso, quando for necessário reiniciar o tratamento, será preciso entregar nova LME e receita médica;
- Caso o paciente não possa comparecer à farmácia para retirar o medicamento, deverá indicar os representantes por meio da Declaração Autorizadora.

*Todos os documentos relativos às solicitações de medicamento(s), uma vez feito o pedido, passam a pertencer à Secretaria Estadual de Saúde. Caso necessário, o usuário/representante poderá solicitar cópias deles.*

### REGISTRO DA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO

Nome civil do paciente:			
Nome social do paciente:			
Data da solicitação:	/	/	Nº do Processo SIGAF:
Medicamentos solicitados:			
Observações:			
Assinatura do(a) profissional responsável pelo recebimento da solicitação			

## Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

### Risperidona, Quetiapina, Ziprasidona, Olanzapina e Clozapina

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **risperidona, quetiapina, ziprasidona, olanzapina e clozapina**, indicadas para o tratamento de **transtorno esquizoafetivo**.

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:

- Redução dos sintomas e da frequência das crises e
- Redução das internações hospitalares.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- Clozapina: medicamento classificado na gestação como categoria B (pesquisas em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê é muito improvável);
- Risperidona, quetiapina, ziprasidona e olanzapina: medicamentos classificados 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);
- Clozapina: contraindicada nos casos de leucopenia (contagem de células brancas do sangue abaixo de 3.500 células/mm<sup>3</sup>). São necessários controles periódicos com hemograma (semanal nas primeiras dezoito semanas e mensal após);
- Efeitos adversos mais comuns da **risperidona**: 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, ganho de peso;
- Efeitos adversos mais comuns da **quetiapina**: prisão-de-ventre, vertigens, sonolência, boca seca, indigestão, aumento de peso, tontura ao levantar;
- Efeitos adversos mais comuns da **ziprasidona**: sonolência, insônia, tonturas, pressão baixa, tremores, alterações cardíacas, fraqueza, dor de cabeça, prisão de ventre, boca seca, aumento da salivação, náusea, vômitos, nervosismo, agitação;
- Efeitos adversos mais comuns da **olanzapina**: dor de cabeça, sonolência, insônia, agitação, nervosismo, ansiedade, boca seca, tonturas ao levantar, taquicardia, inchaço, amnésia, febre, vermelhidão na pele, inquietação, prisão de ventre, dor abdominal, ganho de peso, aumento do apetite, rigidez na nuca, dores no corpo;
- Efeitos adversos mais comuns da **clozapina**: aumento da frequência cardíaca, palpitações, tonturas, prisão de ventre, febre, dor de cabeça, cansaço, sonolência, produção aumentada ou diminuída de saliva, aumento de suor, náuseas, vômitos, enjoo, visão turva, aumento de peso, alteração das células do sangue (agranulocitose, eosinofilia, granulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia);
- Medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) 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(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o 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

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

( ) Risperidona

( ) Quetiapina

( ) Ziprasidona

( ) Olanzapina

( ) Clozapina

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: _____		

**Observação:** Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

**Nota:** verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da assistência farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.