



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – TAB I

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____												
2	IDADE: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F DIAGNÓSTICO: _____ CID-10: _____ DATA DO DIAGNÓSTICO: _____												
3	MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S): (dose e quantidade). _____ _____ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"><i>Atenção: não é possível associação de antipsicóticos</i></div>												
4	TRATAMENTO: Informar tratamento prévio e atual, detalhar refratariedade, intolerância, falha terapêutica, contraindicações (citar medicamentos, dose e tempo de uso de todos os medicamentos utilizados). <i>OBS: Para solicitação de Clozapina, relatar falha terapêutica de no mínimo duas combinações de estabilizador de humor e antipsicóticos.</i> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____												
5	ESQUEMA TERAPÊUTICO COMPLETO INDICADO PARA O PACIENTE (descrever todos os medicamentos que serão utilizados para o tratamento de TAB1): <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th>Medicamento</th><th>Posologia</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Medicamento	Posologia										
Medicamento	Posologia												
6	PARA USO DE CLOZAPINA: Paciente tem histórico de Epilepsia ou Retardo Mental? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se SIM, descreva se a epilepsia está controlada: _____ _____ _____												



7

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

EPISÓDIO MANÍACO: ☐ Sim ☐ Não

Número de episódios: _____

Data da última manifestação: _____

Duração dos sintomas (dias ou semanas): _____

Sinais e sintomas que paciente apresenta ou já apresentou durante o episódio maníaco (sinalizar todos):

- ☐ A - Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, e aumento anormal e persistente da energia ou da atividade dirigida a objetivos, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária).
- ☐ B - Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, marcar se há presença dos sintomas abaixo (em grau significativo e que representam uma mudança notável no comportamento habitual):
 - ☐ Autoestima inflada ou grandiosidade;
 - ☐ Redução da necessidade de sono;
 - ☐ Loquacidade maior que o habitual ou pressão para continuar falando;
 - ☐ Fuga de ideias ou percepção subjetiva de que os pensamentos estão acelerados;
 - ☐ Distratibilidade;
 - ☐ Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, seja sexualmente) ou da agitação psicomotora;
 - ☐ Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas.
- ☐ C - A perturbação do humor é suficientemente grave para causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou quando existem características psicóticas.
- ☐ D - O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento ou outro tratamento) ou a outra condição clínica.

EPISÓDIO DEPRESSIVO: ☐ Sim ☐ Não

Número de episódios: _____

Data da última manifestação: _____

Duração dos sintomas (dias ou semanas): _____

Sinais e sintomas que paciente apresenta ou já apresentou durante o episódio depressivo (sinalizar todos):

- ☐ A - Marcar se há presença dos seguintes sintomas (presentes durante o mesmo período de duas semanas e que representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior):
 - ☐ Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outra pessoa;
 - ☐ Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias;
 - ☐ Perda ou ganho significativo de peso sem fazer dieta;
 - ☐ Insônia ou hipersonia quase diária;
 - ☐ Agitação ou retardo psicomotor;
 - ☐ Fadiga ou perda de energia;



	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada;<input type="checkbox"/> Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão;<input type="checkbox"/> Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.<input type="checkbox"/> B - Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou profissional, ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.<input type="checkbox"/> C - O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição clínica.																										
8	HISTÓRIA CLÍNICA: Detalhar a história clínica do paciente, data de início dos sintomas e evolução da doença. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																										
9	INFORMAR SE O(A) PACIENTE APRESENTA ALGUMA(S) DAS CONDIÇÕES ABAIXO: <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Hepatopatias</td><td><input type="checkbox"/> Doença de Alzheimer</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doença renal</td><td><input type="checkbox"/> Doença de Parkinson</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Síndrome neuroléptica maligna</td><td><input type="checkbox"/> Epilepsia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Discinesia tardia</td><td><input type="checkbox"/> TAB tipo II ou sem outra especificação</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Citopenia e outras alterações hematológicas</td><td><input type="checkbox"/> Esquizofrenia ou outros transtornos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Íleo paralítico</td><td><input type="checkbox"/> Depressão</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doença cardiovascular ou cerebrovascular</td><td><input type="checkbox"/> Neoplasias</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Obesidade</td><td><input type="checkbox"/> Hiperprolactinemia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dislipidemia</td><td><input type="checkbox"/> Glaucoma</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus de difícil controle ou descompensada</td><td><input type="checkbox"/> Catarata</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Gravidez ou situação potencial de gravidez</td><td><input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Lactação</td><td><input type="checkbox"/> Doença da tireóide</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dependência ou abuso de álcool e/ou drogas psicoativas</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Hepatopatias	<input type="checkbox"/> Doença de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Doença renal	<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson	<input type="checkbox"/> Síndrome neuroléptica maligna	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Discinesia tardia	<input type="checkbox"/> TAB tipo II ou sem outra especificação	<input type="checkbox"/> Citopenia e outras alterações hematológicas	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia ou outros transtornos	<input type="checkbox"/> Íleo paralítico	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Doença cardiovascular ou cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Neoplasias	<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Hiperprolactinemia	<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus de difícil controle ou descompensada	<input type="checkbox"/> Catarata	<input type="checkbox"/> Gravidez ou situação potencial de gravidez	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica	<input type="checkbox"/> Lactação	<input type="checkbox"/> Doença da tireóide	<input type="checkbox"/> Dependência ou abuso de álcool e/ou drogas psicoativas	
<input type="checkbox"/> Hepatopatias	<input type="checkbox"/> Doença de Alzheimer																										
<input type="checkbox"/> Doença renal	<input type="checkbox"/> Doença de Parkinson																										
<input type="checkbox"/> Síndrome neuroléptica maligna	<input type="checkbox"/> Epilepsia																										
<input type="checkbox"/> Discinesia tardia	<input type="checkbox"/> TAB tipo II ou sem outra especificação																										
<input type="checkbox"/> Citopenia e outras alterações hematológicas	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia ou outros transtornos																										
<input type="checkbox"/> Íleo paralítico	<input type="checkbox"/> Depressão																										
<input type="checkbox"/> Doença cardiovascular ou cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Neoplasias																										
<input type="checkbox"/> Obesidade	<input type="checkbox"/> Hiperprolactinemia																										
<input type="checkbox"/> Dislipidemia	<input type="checkbox"/> Glaucoma																										
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus de difícil controle ou descompensada	<input type="checkbox"/> Catarata																										
<input type="checkbox"/> Gravidez ou situação potencial de gravidez	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica																										
<input type="checkbox"/> Lactação	<input type="checkbox"/> Doença da tireóide																										
<input type="checkbox"/> Dependência ou abuso de álcool e/ou drogas psicoativas																											
10	OUTRAS INFORMAÇÕES: _____ _____																										
11	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ <div style="text-align: right;">Médico</div>																										