



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____												
2	<b>IDADE:</b> _____ <b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>DIAGNÓSTICO:</b> _____ <b>CID-10:</b> _____												
3	<b>MEDICAMENTO SOLICITADO:</b> (dose e quantidade). _____ _____ _____ <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;"><i>Atenção: não é possível associação de antipsicóticos</i></div>												
4	<b>INDICAÇÃO DO MEDICAMENTO:</b> início do tratamento, refratariedade a outras alternativas (quais já foram usadas e por quanto tempo?), efeitos adversos intoleráveis a outros medicamentos (quais?) _____ _____ _____ _____ _____ _____												
5	<b>ESQUEMA TERAPÊUTICO COMPLETO INDICADO PARA O PACIENTE</b> (descrever <b>todos</b> os medicamentos que <b>serão</b> utilizados para o tratamento da Transtorno Esquizoafetivo): <table border="1" style="width: 100%;"><thead><tr><th style="width: 50%;">Medicamento</th><th style="width: 50%;">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	<b>PARA USO DE CLOZAPINA:</b> 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:** Assinale a seguir os critérios que o paciente apresenta.

- 7.1 (G1)** O transtorno satisfaz os critérios básicos de um dos transtornos de humor (afetivos) de grau moderado ou grave, conforme especificado para cada subtipo de transtorno esquizoafetivo na CID-10. **Identifique no quadro abaixo o subtipo** (F25.0, F25.1 e F25.2 - maníaco, depressivo e misto, respectivamente).

	<b>Código CID-10</b>	<b>Crítérios básicos</b>	<b>Tempo mínimo (dias)</b>	<b>Crítérios adicionais</b>
<input type="checkbox"/>	F25.0 Esquizo Maníaco	(a) Elevado, expansível, irritável e claramente anormal	7	Pelo menos 3 dos abaixo (4 se humor irritável): (b) atividade aumentada/inquietação física; (c) loquacidade aumentada; (d) fuga de ideias/experiência de pensamentos acelerados; (e) perda de inibições/comportamento inapropriado; (f) diminuição da capacidade de sono; (g) autoestima inflada/grandiosidade; (h) distratibilidade/mudança rápida de planos; (i) comportamento temerário/imprudente; (j) energia sexual marcante/indiscrição sexual.
<input type="checkbox"/>	F25.1 Esquizo Depressivo	Pelo menos 1 (a), (b), (c):  (a) humor deprimido anormal; (b) perda de prazer/interesse; (c) energia diminuída.	14	Pelo menos 1 ou mais: (d) perda de confiança ou autoestima; (e) sentimentos irracionais de auto-reprovação/culpa; (f) pensamentos de morte/suicídio/comportamento suicida; (g) queixas ou evidências de indecisão; (h) desatenção; (i) diminuição da concentração; (j) alteração psicomotora: agitação ou lentidão; (k) alterações do sono/apetite com alteração de peso.
<input type="checkbox"/>	F25.2 Esquizoafetivo Misto	Pelo menos 1 (a), (b):  (a) sintomas maníacos e depressivos simultâneos. (b) sintomas maníacos e depressivos com alternância rápida.	14	Passado com pelo menos 1 de: (a) episódio afetivo maníaco; (b) hipomaníaco; (c) misto.

- 7.2 (G2)** Os sintomas de, pelo menos, um dos grupos listados a seguir estão claramente presentes durante a maior parte do tempo por um período de, pelo menos, duas semanas (praticamente os mesmos da esquizofrenia). Assinalar:

- Eco de pensamento, inserção ou retração de pensamento, irradiação de pensamento;





<b>9</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>10</b>	<b>OUTRAS INFORMAÇÕES:</b> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>11</b>	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b>  Data de preenchimento: ____ / ____ / ____  Assinatura e carimbo: _____ <p style="text-align: right;">Médico</p>