

Guia de Orientação ao Usuário **Esquizofrenia**

PCDT / CID 10: F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8

1. Medicamentos

<p>Clozapina 25 mg, comprimido; Clozapina 100 mg, comprimido; Olanzapina 5 mg, comprimido; Olanzapina 10 mg, comprimido; Quetiapina 25 mg, comprimido; Quetiapina 100 mg, comprimido; Quetiapina 200 mg, comprimido;</p>	<p>Quetiapina 300 mg, comprimido; Risperidona 1 mg, comprimido; Risperidona 2 mg, comprimido; Risperidona 3 mg, comprimido; Ziprasidona 40 mg, cápsula; Ziprasidona 80 mg, cápsula.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Documentos a serem apresentados (original e cópia)

2.1. Documentos pessoais

Solicitação inicial
<p><input type="checkbox"/> Carteira de Identidade – RG <input type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Física – CPF <input type="checkbox"/> Cartão Nacional de Saúde – CNS <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência (<i>Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência</i>) <input type="checkbox"/> Declaração Autorizadora, <i>caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos</i></p>

2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<p><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.</p> <p>No LME, campo (anamnese), preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.</p>	<p><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita Médica, com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico, descrevendo histórico clínico do paciente, em caso de alteração da terapêutica.</p> <p>Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar..</p>

2.3. Exames

Solicitação inicial (CÓPIA DOS EXAMES)	Renovação: exames a cada 12 meses (CÓPIA DOS EXAMES)
<p>Para Clozapina: <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Plaquetas <input type="checkbox"/> Colesterol Total e Frações <input type="checkbox"/> Triglicerídeos e Glicemia de Jejum <input type="checkbox"/> Prolactina sérica</p> <p>Para Ziprasidona: <input type="checkbox"/> Potássio sérico <input type="checkbox"/> Colesterol Total e Frações <input type="checkbox"/> Magnésio sérico <input type="checkbox"/> Triglicerídeos e Glicemia de Jejum <input type="checkbox"/> Prolactina sérica</p> <p>Para Risperidona, Olanzapina e Quetiapina: <input type="checkbox"/> Colesterol Total e Frações <input type="checkbox"/> Triglicerídeos e Glicemia de Jejum <input type="checkbox"/> Prolactina sérica <input type="checkbox"/> TGO <input type="checkbox"/> TGP <input type="checkbox"/> Creatinina</p>	<p>Exceto para Clozapina: <input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas (a cada 3 meses); <input type="checkbox"/> Colesterol Total e Frações <input type="checkbox"/> Triglicerídeos e Glicemia de Jejum <input type="checkbox"/> Prolactina sérica</p> <p>Para Ziprasidona: <input type="checkbox"/> Potássio sérico <input type="checkbox"/> Colesterol Total e Frações <input type="checkbox"/> Magnésio sérico <input type="checkbox"/> Triglicerídeos e Glicemia de Jejum <input type="checkbox"/> Prolactina sérica</p> <p>Para Risperidona, Olanzapina e Quetiapina: <input type="checkbox"/> Colesterol Total e Frações <input type="checkbox"/> Triglicerídeos e Glicemia de Jejum <input type="checkbox"/> Prolactina sérica <input type="checkbox"/> TGO <input type="checkbox"/> TGP <input type="checkbox"/> Creatinina</p>



3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade correspondente a patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para Receber os Medicamentos

O Usuário ou seu Representante deve comparecer, na data agendada, à Farmácia de Maceió munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

5. Observações:

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 10 (dez) dias úteis;
2. Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
3. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
4. Regras estabelecidas pela Portaria GM/MS Nº 1554 de 07/2013 e Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da Esquizofrenia.
4. Regras estabelecidas pela Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013, que aprova o tratamento de Esquizofrenia.

HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO 07:30hs às 16:30hs (renovação e dispensação) 07:30hs às 16h (cadastro inicial) Segunda a sexta	CENTRAL TELEFÔNICA 3315-6109 e 3315-6110, HORÁRIO DE ATENDIMENTO 07:30hs às 16:30hs. Segunda a sexta	PORTAL SESAU/LINK CEAF http://cidadao.saude.al.gov.br/unidades/assistencia-farmaceutica/guias-de-orientacao/ (todas as letras devem ser minúsculas)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ROTEIRO PARA EMISSÃO DE LAUDO MÉDICO EM ESQUIZOFRENIA

1. NOME DO PACIENTE: _____
2. DIAGNÓSTICO CID-10:
() F20.0 () F20.1 () F20.2 () F20.3 () F20.4 () F20.5 () F20.6 () F20.8
3. O paciente já recebe medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica?
() Sim () Não
4. O paciente apresenta os seguintes sintomas abaixo:
- a) () eco, inserção, roubo ou irradiação do pensamento
 - b) () delírios de controle, influência ou passividade, claramente referindo-se ao corpo ou aos movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante
 - c) () vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo
 - d) () delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (p. ex. ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas)
 - e) () alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos um mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por idéias superestimadas persistentes
 - f) () neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante
 - g) () comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor
 - h) () sintomas "negativos", tais como: apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que estes sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico)
 - i) () Discinesia tardia
 - j) () Distonia grave
 - k) () Acatisia com risco de suicídio
 - l) () Síndrome Neuroleótica maligna
 - m) () Diagnóstico de prolactinoma
 - n) () CA de mama.
5. Paciente apresenta algum do(s) critério(s) abaixo?
- () Episódio maníaco depressivo
 - () Doença cerebral orgânica, dependência ou abstinência relacionada a álcool ou drogas
 - () Hipersensibilidade à Olanzapina
 - () Impossibilidade de adesão e acompanhamento continuado.
6. O paciente já utilizou e apresentou falha terapêutica ou intolerância a antipsicóticos atípicos contemplado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica?
() Sim () Não
- Se sim, qual(is) medicamento(s) e por quanto tempo (em meses), utilizou as respectivas doses?
- Medicamento(s) Periodicidade Doses**
- () Risperidona
 - () Clozapina
 - () Quetianpina
 - () Ziprazidona
 - () Olanzapina

Local, data, assinatura e carimbo do médico assistente.

**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 da esquizofrenia.

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;
- 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/mm³). São necessários controles periódicos com hemograma (semanal nas primeiras 18 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, náuseas, 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, náuseas, 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 fármacos ou 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 e deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma arquivada na farmácia e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.



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

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

1- Nome do Paciente _____ 2- CNS _____

3- Nome do estabelecimento do médico solicitante _____ 4- CNES _____

1	5- Medicamento	6- Quantidade solicitada		
		1º mês	2º mês	3º mês
2				
3				
4				
5				

JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)

7- Diagnóstico _____ 8- CID-10 Principal _____ 9- CID-10 Secundário _____

10- Anamnese _____

11- Alterações laboratoriais significativas _____

12- Tratamentos prévios _____

ATESTADO DE CAPACIDADE

13- 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 _____ 15- Data da solicitação _____ 16- Assinatura e carimbo do médico _____

18- Documento CPF CNS 17- Nº documento _____

DADOS COMPLEMENTARES DO PACIENTE

19- Data de nascimento _____ 20- Altura (m) _____ 21- Peso (Kg) _____ 22- Sexo Masc Fem 23- Município de residência/UF _____

24- Endereço _____

25- Telefone de contato _____ 26- Nome da mãe ou responsável _____

27- Nome do profissional responsável pelo preenchimento _____ 28- Data preenchimento _____ 29- Assinatura do responsável pelo preenchimento _____

29- Documento CPF CNS 30- Nº documento _____





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

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Pelo presente instrumento particular de _____, portador do documento de identidade nº _____ emitido pela _____ e do Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº _____ **AUTORIZO** _____, portador do documento de identidade nº _____ emitido pela _____, domiciliado no endereço _____, nº _____, bairro _____, no município de _____, CEP _____, telefone _____ como meu REPRESENTANTE para retirada de medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

- Grau de parentesco entre o representante e o paciente: _____
- Motivo da necessidade de representante:
 - Impossibilidade física
 - Município de residência diverso ao da farmácia
 - Incompatibilidade de horário
 - Outro. Especifique: _____
- Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas e manifesto ciência de que a falsidade de informações configura falsificação de documento público, capitulada no artigo 297 do Código Penal Brasileiro, sendo passível de punição na forma da Lei.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

Eu, _____, tendo sido instituído como REPRESENTANTE do paciente _____, conforme descrição acima referida, comprometo-me a entregar todo o medicamento fornecido pela farmácia para utilização do paciente em questão, nas mesmas condições físicas, de temperatura e de uso a que me foram responsabilizadas, além de repassar todas as informações que me foram apresentadas durante a dispensação do(s) medicamento(s).

Data: ____/____/____

Assinatura do representante

* Para cadastro do representante, deverá ser apresentada a cópia do documento de identidade do representante.

