



**RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO - TRANSTORNO
ESQUIZOAFETIVO**

Nome Paciente: _____

Data de Nascimento: _____

CID: _____

Medidas Antropométricas:

- Peso: _____

- Circunferência abdominal: _____

- Altura: _____

- Circunferência do quadril: _____

Registro de três medidas de pressão arterial e de pulso em datas diferentes:

___/___/___ : _____; ___/___/___ : _____ e ___/___/___ : _____

Medicação solicitada, dose e quantidade (não é possível associação de antipsicóticos)

INDICAÇÃO DO TRATAMENTO

Início dos Tratamento: _____.

Refratariedade a outras alternativas? Quais medicamentos já foram usados?

Descrição detalhada dos sinais e sintomas que caracterizam os episódios do transtorno conforme DSM-5:

Informações Complementares

Início dos episódios: _____.

Presença de outras doenças associadas? _____

Há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos?

DATA: ___/___/_____

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE E CARIMBO