



RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO - ESQUIZOFRENIA

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:

1) Sintomas de maior hierarquia:

- Eco, inserção, roubo ou irradiação de pensamento;
- Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados ao corpo ou a movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante;
- Vozes alucinatórias fazendo comentários sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si, ou outros tipos de vozes alucinatórias advindas de alguma parte do corpo;
- Delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (por exemplo, ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas).

2) Sintomas de menor hierarquia:

- Alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos 1 mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por ideias superestimadas persistentes;
- Neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante;
- Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor;
- Sintomas "negativos", tais como apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que tais sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico).

Informações Complementares (Início dos episódios e Presença de outras doenças associadas):

DATA: ___/___/___

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE E CARIMBO