



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE  
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
GERÊNCIA DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO Esquizofrenia, TAB Tipo I e 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 medicamento: início do tratamento, refratariedade a outras alternativas (quais já foram usadas e por quanto tempo?), efeitos adversos intoleráveis a outros medicamentos (quais?). <i>Em caso de TAB tipo I, identificar se é para tratamento de episódio de mania, depressão, manutenção ou agitação psicomotora.</i>	
Critérios de inclusão: descrição detalhada dos sinais e sintomas que caracterizam os episódios do transtorno, conforme DSM-5, bem como período do início, duração e gravidade e presença de outras doenças associadas. <i>Em caso de esquizofrenia, relatar os sintomas de maior e menor hierarquia presentes. Para TAB tipo I, é necessário caracterizar os episódios de humor.</i>	

Assinatura e carimbo do médico assistente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_