RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO - TAB TIPO I	
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)	
Refratariedade a outras alternativas? Efeitos adversos intoleráveis a outros medicamentos (quais?)	
Indicação do medicamento: Início do tratamento? *Em caso de TAB tipo I, identificar se é para tratamento de episódio de mania, depressão, manutenção ou agitação psicomotora.*	
Descrição detalhada dos sinais e sintomas que caracterizam os episódios do transtorno, conforme DSM-5, bem como período do início, gravidade e presença de outras doenças associadas. *Para TAB tipo I, é necessário caracterizar os episódios de humor.*	

_____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

Data:_____/_____/_____