



**Governo do Distrito Federal
Secretaria de Saúde**

ESQUIZOFRENIA

Portaria SAS/MS nº 364, de 9 de abril de 2013

Ligar para o número 160 (opção 03) ou 0800 644 0160 para usuários não residentes no DF e agendar horário para entrega dos documentos abaixo. Somente o paciente pode fazer a solicitação inicial de medicamentos no CEAF, com exceção daqueles declarados incapazes (campo 13 do LME).

Informações Gerais

Medicamentos	Clozapina 25 mg e 100mg (comprimido) Olanzapina 5 mg e 10mg (comprimido revestido) Quetiapina 25 mg, 100mg e 200mg (comprimido) Risperidona 1 mg, 2mg e 3mg (comprimido) Ziprasidona 40 mg e 80mg (cápsula)
CIDS contemplados	F20.0 - Esquizofrenia paranoide F20.1 - Esquizofrenia hebefrênica F20.2 - Esquizofrenia catatônica F20.3 - Esquizofrenia indiferenciada F20.4 - Depressão pós-esquifofrênica F20.5 - Esquizofrenia residual F20.6 - Esquizofrenia simples F20.8 - Outras esquizofrenias
Quantidade máxima mensal	Clozapina: até 800mg/dia, até: Clozapina 25 mg: até 992 comprimidos/mês; Clozapina 100 mg: até 248 comprimidos/mês; Olanzapina: até 30mg/dia, até: Olanzapina 5 mg: até 186 comprimidos/mês; Olanzapina 10 mg: até 93 comprimidos/mês; Quetiapina: até 800mg/dia, até: Quetiapina 25 mg: até 992 comprimidos/mês; Quetiapina 100 mg: até 248 comprimidos/mês



Governo do Distrito Federal Secretaria de Saúde

	Risperidona: até 6 mg/dia, até: Risperidona 1 mg: 186 comprimidos/mês; Risperidona 2 mg: 93 comprimidos/mês; Risperidona 3 mg: 62 comprimidos/mês; Ziprazidona: até 160mg/dia, até: Ziprazidona 40 mg: 124 cápsulas/mês; Ziprazidona 80 mg: 62 cápsulas/mês.
Observação	Medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria nº344/98 - Lista C1). Deve haver obrigatoriamente a presença de um familiar ou responsável legal, participativo, disponível com funcionamento global adequado e com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação. Para paciente cronicamente asilado, deverá haver a presença de um funcionário da instituição disponível e capaz de manejar estressores do ambiente de forma continuada. Não são permitidas associações de antipsicóticos pelo protocolo federal.

Documentos e exames obrigatórios necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

EXAMES

PARA CLOZAPINA

- Cópia do exame de hemograma completo (válido 6 meses);

DOCUMENTOS

- Cópia do documento de identidade ou Certidão de Nascimento (RG) ou demais documentos com foto aceitos como identificação civil (exceto para indígena ou penitenciário);
- Cadastro de Pessoas Físicas do paciente (CPF);
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente;
- Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.
- Cópia do documento de identidade do responsável, em caso de paciente incapaz;
- Relatório Médico Padronizado (Esquizofrenia, TAB tipo I e Transtorno Esquizoafetivo) com a descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e os tratamentos farmacológicos utilizados atualmente (válido por 6 meses)



Governo do Distrito Federal Secretaria de Saúde

OBS.: Paciente deverá apresentar obrigatoriamente pelo menos 1(um) dos sintomas de maior hierarquia ou 2(dois) ou mais critérios de sintomas de menor hierarquia (devem estar presentes pela maior parte do tempo durante um episódio de doença psicótica que dure pelo menos 1 (um) mês ou por algum tempo durante a maioria dos dias.

- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) adequadamente preenchido (válido por 90 dias);
- Receita Médica de Controle Especial, preenchida adequadamente em duas vias (válida por 30 dias);
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER;

Renovação de Continuidade de tratamento

SEMESTRAL

- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) adequadamente preenchido (válido por 90 dias);
- Receita Médica de Controle Especial, preenchida adequadamente em duas vias (válida por 30 dias);

Solicitação de Adequação de tratamento

AUMENTO DE DOSE

- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) adequadamente preenchido (válido por 60 dias);
- Receita Médica de Controle Especial, preenchida adequadamente em duas vias (válida por 30 dias);
- Relatório médico justificando aumento de dose ou alteração (válido 6 meses);

PARA CLOZAPINA

- Cópia do exame de hemograma completo (válido 3 meses);

Atualizado em: 22/05/2020

Gerência do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica



**Governo do Distrito Federal
Secretaria de Saúde**

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 os medicamentos que passo a receber podem
trazer as 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.



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Saúde

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 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 (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.



**Governo do Distrito Federal
Secretaria de Saúde**

RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO Esquizofrenia, TAB Tipo I e Transtorno Esquizoafetivo	
Nome paciente:	
Data de nascimento:	CID:
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: ____/____/____



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Saude



Sistema Unico de Saude
Ministerio da Saude
Secretaria de Estado da Saude

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA

LAUDO DE SOLICITACAO, AVALIACAO E AUTORIZACAO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITACAO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MEDICO SOLICITANTE

1-Numero do CNES*		2- Nome do estabelecimento de saude solicitante		
3- Nome completo do Paciente*		4- Nome da Mäe do Paciente*		5- Peso do paciente* kg
				6- Altura do paciente* cm
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mäc	2º mäc	3º mäc
1				
2				
3				
4				
5				
9- CID-10*	10- Diagnóstico			
11- Anamnese*				
12- Paciente realizou tratamento prävio ou está em tratamento da doenca?*				
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar:				
<input type="checkbox"/> NÄO				
13- Atestado de capacidade*				
A solicitacäo do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presenca física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?				
<input type="checkbox"/> NÄO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitacäo do medicamento				
				Nome do responsável
14- Nome do médico solicitante*		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*		16- Data da solicitacäo*		
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante				
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____				
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*		20- Telefone(s) para contato do paciente		
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação				
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*		
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS _____				
22- Correio eletrônico do paciente				

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO