



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: ____/____/____