Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria da Saúde
Coordenação de Política de Assistência Farmacêutica

Formulário para Solicitação de Psicofármacos

Observações:

- Este formulário é obrigatório na 1ª solicitação de tratamento com psicofármacos e na inclusão ou mudança de CID.
- Este formulário não substitui o preenchimento da LME.
- Este formulário não é necessário para reavaliação.

Nome do Usuário

CPF | N° Processo SPI | Data

Medicamento Solicitado | CID

1 - Resumo da história da doença psiquiátrica e clínica.

Especificar: idade do início da doença; características da doença inicial, tipo de instalação; descrição da sintomatologia; grau de deterioração, n° de crises psicóticas (surtos); n° de hospitalizações psiquiátricas e clínicas; grau de incapacitação após a crise.

2 - Descrição detalhada dos psicofármacos usados até o momento.

Medicamento	Tempo de uso	Dose máxima	Motivo da substituição
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Março/2012

3 - Descrição do perfil psicossocial do grupo familiar e a abordagem terapeutica instituída com relato dos progressos ou não, obtidos até o momento. Motivo da troca da medicação (se for o caso).

4 - Outras doenças.

4.1 - Medicações em uso.

Unidade de Atendimento Assistencial.

Nome do Médico Assistente.

N° do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do Médico Assistente.

CREMERS n°.

Endereço do Médico Assistente.

Município

CEP

UF

Telefones

E-mail

Declaro que as informações prestadas são fiéis à verdade (pena de infração sob falsidade ideológica, conforme decreto-lei 2848, art. 299, de 07/12/40 do Código Penal e resolução do Conselho Federal de Medicina, n° 1246/88.

Local

Data

Assinatura do Médico Assistente.