

**LAUDO PARA ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO - METILFENIDATO
(ADULTOS)**

Paciente: _____ CID 10: _____

() Masc. () Fem. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Dose utilizada: _____

- Efeitos terapêuticos observados

Deve-se suspender o tratamento caso não se observem melhoras nos sintomas após o ajuste adequado das doses e avaliação periódica para determinar se é indicada a redução progressiva do fármaco. Pode-se iniciar tentativa de descontinuação farmacológica caso o paciente se mantenha sem sintomas durante um ano.

- Tempo de uso de metilfenidato: _____

Foi realizada tentativa de descontinuidade do tratamento? Quais efeitos foram observados?

- Efeitos Adversos:

- Adesão ao tratamento

() Completa () Parcial (esquece algumas doses)

() Esporádica (esquece doses por mais de 1 semana)

Nome do médico: _____ CRM: _____

Data: ____/____/____

Carimbo/Assinatura: _____

**LAUDO PARA ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO - METILFENIDATO
(CRIANÇAS E ADOLESCENTES 06 anos a 17 anos e 11 meses)**

Paciente: _____ CID 10: _____

() Masc. () Fem. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Peso: _____ Dose utilizada: _____

- Efeitos terapêuticos observados

Deve-se suspender o tratamento caso não se observem melhoras nos sintomas após o ajuste adequado das doses e avaliação periódica para determinar se é indicada a redução progressiva do fármaco. Pode-se iniciar tentativa de descontinuação farmacológica caso o paciente se mantenha sem sintomas durante um ano.

- Tempo de uso de metilfenidato: _____

Foi realizada tentativa de descontinuidade do tratamento? Quais efeitos foram observados?

- Efeitos Adversos: Avaliação de curva de crescimento

Tem sido relatada moderada redução no ganho de peso e leve retardo no crescimento com o uso prolongado de estimulantes, incluindo metilfenidato, em crianças. Assim, o crescimento deve ser monitorado, e pacientes que não estão ganhando altura ou peso como o esperado devem ser avaliados quanto ao risco-benefício da continuidade do tratamento.

- Adesão ao tratamento

() Completa () Parcial (esquece algumas doses)

() Esporádica (esquece doses por mais de 1 semana)

Nome do médico: _____ CRM: _____

Data: ____/____/____

Carimbo/Assinatura: _____