

Coordenação da Política de Assistência Farmacêutica

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE METILFENIDATO - ADULTOS (Acima de 18 anos)**

Paciente: \_\_\_\_\_

( ) Masc. ( ) Fem. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO <sup>1</sup>**  
**É obrigatório o preenchimento de todos os campos**

**Critério A – Sintomas.** Avaliar a frequência dos sintomas nos últimos **6 MESES**. Marcar os itens com um “X”:

Pergunta	Nem um pouco	Só um Pouco	Bastante	Demais
<b>PARTE A</b>				
1. Com que frequência comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?				
2. Com que frequência tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?				
3. Com que frequência tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?				
4. Com que frequência deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?				
5. Com que frequência tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?				
6. Quando precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência evita ou adia o início?				
7. Com que frequência coloca as coisas fora do lugar ou tem de dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?				
8. Com que frequência se distrai com atividades ou barulho a sua volta?				
9. Com que frequência tem dificuldade para se lembrar de compromissos ou obrigações?				
<b>PARTE B</b>				
1. Com que frequência se mexe na cadeira ou balança as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado(a) por muito tempo?				
2. Com que frequência se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações onde deveria ficar sentado(a)?				
3. Com que frequência se sente inquieto(a) ou agitado(a)?				
4. Com que frequência tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre?				
5. Com que frequência se sente ativo(a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse “com um motor ligado”?				
6. Com que frequência fala demais em situações sociais?				
7. Quando esta conversando, com que frequência termina as frases das pessoas antes delas?				
8. Com que frequência tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?				
9. Com que frequência interrompe os outros quando eles estão ocupados?				

ASR-18- Versão em português por Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. 2006 (adaptado)

Os sintomas observados persistem por pelo menos seis meses?

Sim ( ) Não ( )

**Critério B:** Alguns desses sintomas estão presentes desde precocemente(antes dos 12 anos de idade)?

Sim ( ) Não ( )

**Critério C:** Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos dois contextos diferentes (por exemplo, no trabalho, na vida social, na faculdade e no relacionamento conjugal ou familiar)?

Sim ( ) Não ( )

**Critério D:** Há problemas evidentes por conta dos sintomas acima?

Sim ( ) Não ( )

**Critério E:** Podem ser melhor explicados por outro transtorno mental como transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância?

Sim ( ) Não ( )

Nome do médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Carimbo/Assinatura: \_\_\_\_\_

Coordenação da Política de Assistência Farmacêutica

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE METILFENIDATO – CRIANÇAS E ADOLESCENTES  
(06 anos a 17 anos e 11 meses)**

Paciente: \_\_\_\_\_

( ) Masc. ( ) Fem. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO <sup>1,2</sup>**  
**É obrigatório o preenchimento de todos os campos**

**Critério A – Sintomas.** Avaliar a frequência dos sintomas nos últimos **6 MESES**. Marcar os itens com um “X”:

Pergunta	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
<b>PARTE A</b>				
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres da escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para atividades (p. ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos.				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia.				
<b>PARTE B</b>				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado. No caso de adolescentes, com que frequência se sente inquieto(a) ou agitado(a)?				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.				
14. Não para ou frequentemente esta a “mil por hora”.				
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes de terem sido terminadas.				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez.				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p. ex: mete-se nas conversas/jogos)				

SNAP-IV - Versão em português por Mattos P et al. 2006 (adaptado)

**Os sintomas observados persistem por pelo menos seis meses e em grau inconsistente com o nível de desenvolvimento?**

Sim ( ) Não ( )

**Critério B:** Os sintomas observados estavam presentes antes dos 7 anos de idade?

Sim ( ) Não ( )

**Critério C:** Os sintomas são observados em pelo menos dois contextos diferentes (por exemplo, em casa, com amigos ou parentes, na escola, em outras atividades)?

Sim ( ) Não ( )

**Critério D:** Há evidências claras de problemas na vida escolar, social ou familiar por conta dos sintomas acima?

Sim ( ) Não ( )

**Critério E:** Os sintomas ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e podem ser mais bem explicados por outro transtorno mental como transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância?

Sim ( ) Não ( )

**Comorbidade - Epilepsia:** Sim ( ) Não ( )

Se “sim”: Controlada ( ) Não Controlada ( )

Nome do médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Carimbo/Assinatura: \_\_\_\_\_