

FORMULÁRIO PARA ÍNICIO DE DISPENSAÇÃO DA RISPERIDONA

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Este formulário não substitui a prescrição.

Preencher na admissão e anualmente.

Registrar no prontuário para controle de exames e peso.

Entregar ao paciente o formulário e receitas em duas vias com prescrição para até 60 dias.

Orientar paciente a procurar a farmácia de sua **unidade de referência para retirada**:

() CSE Parque Estoril: Rua Caetano Elzo Rogério, 1800 - Jardim Ouro Verde

() UBS Jaguaré: Avenida Danillo Galeazzi, 1881 - Jaguaré

() Farmácia Municipal: terminal rodoviário

Data: ___/___/___

NOME _____
 DATA DE NASCIMENTO _____ IDADE _____ PFJ _____
 RESPONSÁVEL _____
 ENDEREÇO: _____ Nº _____
 BAIRRO _____ CIDADE: SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP
 UNIDADE DE REFERÊNCIA PARA RETIRADA _____

1-SERVIÇO SOLICITANTE:

<input type="checkbox"/>	CAPS I CENTRO
<input type="checkbox"/>	CAPS I SUL
<input type="checkbox"/>	CAPS I NORTE
<input type="checkbox"/>	CER
<input type="checkbox"/>	AMBULATÓRIO DE NEUROPEDIATRIA-CME

2- SINAIS OU SINTOMAS PRESENTES (ao menos 5 dos itens acima e 6 meses de evolução):

<input type="checkbox"/>	Comportamento negativista, hostil e desafiador
<input type="checkbox"/>	Frequentemente perde a paciência
<input type="checkbox"/>	Frequentemente discute com adultos
<input type="checkbox"/>	Com frequência desafia ou se recusa ativamente a obedecer a solicitações ou regras dos adultos
<input type="checkbox"/>	Frequentemente perturba as pessoas de forma deliberada
<input type="checkbox"/>	Frequentemente responsabiliza os outros por seus erros ou mau comportamento
<input type="checkbox"/>	Mostra-se frequentemente suscetível ou é aborrecido com facilidade pelos outros
<input type="checkbox"/>	Frequentemente enraivecido e ressentido
<input type="checkbox"/>	Frequentemente rancoroso ou vingativo
Início de sintomas em meses: _____	

3-ÁREAS DE PREJUÍZO (prejuízo em ao menos uma área):

<input type="checkbox"/>	Funcionamento social
<input type="checkbox"/>	Desempenho acadêmico
<input type="checkbox"/>	Atividade ocupacional

4-CID10

<input type="checkbox"/>	F91.0	Distúrbio de conduta restrito ao contexto familiar
<input type="checkbox"/>	F91.1	Distúrbio de conduta não-socializado
<input type="checkbox"/>	F91.2	Distúrbio de conduta do tipo socializado
<input type="checkbox"/>	F91.3	Distúrbio desafiador e de oposição
<input type="checkbox"/>	F91.8	Outros transtornos de conduta
<input type="checkbox"/>	F91.9	Transtorno de conduta não especificado

5-TRANSTORNO ASSOCIADO: _____



6-MEDICAMENTOS JÁ UTILIZADOS (AO MENOS 2 DA REMUME) _____

7-RECURSOS TERAPÊUTICOS COMPLEMENTARES (AO MENOS 2 RECURSOS)

8-MONITORAMENTO (antes do início do tratamento e anualmente):

EXAMES	DATA	DATA	DATA	DATA
	RESULTADOS	RESULTADOS	RESULTADOS	RESULTADOS
COLESTEROL TOTAL				
COLESTEROL-HDL				
TRIGLICÉRIDES				
TGO				
TGP				
GLICEMIA DE JEJUM				

DATAS												
PESO EM KG (a cada 60 dias)												

9-PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÃO	DOSE DIÁRIA EM MG
RISPERIDONA COMPRIMIDO 1 MG	
RISPERIDONA COMPRIMIDO 2 MG	
RISPERIDONA SOLUÇÃO ORAL 1MG/ML	

MÉDICO PRESCRITOR _____ CRM _____

ASSINATURA E CARIMBO _____ DATA _____

PARECER DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

CUMPRIDOS CRITÉRIOS DE DISPENSAÇÃO	SIM	NÃO
SE NÃO, POR QUÊ?		
DISPENSAÇÃO LIBERADA	SIM	NÃO
SE NÃO, POR QUÊ?		

Assinatura Farmacêutico: _____

Data da primeira dispensação: _____

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER DEVOLVIDO AO SERVIÇO SOLICITANTE (VIA MALOTE) PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE.