



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE 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.

Unidade de referência:

- () CSE Parque Estoril: Rua Caetano Elzo Rogério, 1800 - Jardim Ouro Verde
() UBS Jaguaré: Avenida Danilo Galeazzi, 1881 - Jaguaré
() Farmácia Municipal: Biblioteca Municipal

Data ____/____/____

Nome _____ PFJ _____

Data nascimento _____ Responsável _____

Endereço: _____

Bairro _____ Cidade: São José do Rio Preto-SP

1- SERVIÇO SOLICITANTE:

- () CAPS I CENTRO () CAPS ISUL () CAPS I NORTE () CER () AMB. NEUROPED. CME
() APAE () ASSOCIAÇÃO RENASCER

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- MONITORAMENTO LABORATORIAL (antes do início do tratamento e anualmente)

() REALIZA () NÃO REALIZA

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

7- MONITORAMENTO DE GANHO DE PESO:

() REALIZA () NÃO REALIZA **Peso atual:** _____

8- PRESCRIÇÃO

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

Médico prescriptor/CRM _____
(Assinatura e carimbo)