



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE METILFENIDATO 10 MG

() inicial () renovação

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome _____
Nome da mãe ou responsável _____
Sexo: M () F () Data de nascimento: ____/____/____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: São José do Rio Preto CEP: _____ Estado: SP Tel.: _____
Escola: _____ Ano escolar em curso: _____
(declarado pelo (a) responsável).

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:

CID: _____
Diagnóstico _____
Início do uso de metilfenidato: _____

APRESENTAÇÃO, POSOLOGIA E PLANO DE TRATAMENTO:

Metilfenidato 10 mg comprimido
Posologia: _____
Plano de tratamento (inclusive tempo de duração): _____

REAÇÕES ADVERSAS: Comuns: Sistema nervoso (insônia, sonolência e distúrbios do sono, cefaléia, nervosismo, retraimento social, ansiedade, inquietação, labilidade, agitação, irritabilidade, tonteira, vertigem, tremor), cardiovascular (aumento da PA, aumento da frequência cardíaca, taquicardia, palpitações), alteração gastrointestinal (diminuição do apetite / anorexia, náusea, dor abdominal, dispepsia, boca seca, vômitos), perda de peso, visão turva, hiperidrose, pirexia, tiques, restrição de crescimento. Outras: priapismo, idéias suicidas, convulsão, distúrbios vasculares periféricos, reações de hipersensibilidade (angioedema, anafilaxia), efeitos hematológicos (trombocitopenia e / ou facilidade de contusões, epistaxe e sangramento gengival; leucopenia; anemia), depressão, agressividade, discinesia, febre, artralgia; rash, prurido, alopecia, câibras musculares, disfunção hepática (função hepática anormal), síndrome neuroléptica maligna, tolerância, dermatite esfoliativa, eritema multiforme^{10,12,13}.

CONTRAINDICAÇÕES: Ansiedade, tensão e agitação, glaucoma, tiques motores ou um histórico familiar ou diagnóstico da síndrome de Tourette, Administração concomitante ou recente (no prazo de 14 dias) de inibidores da MAO, hipersensibilidade conhecida ao metilfenidato ou a qualquer ingrediente na formulação, hipertireoidismo, doença cardiovascular, insuficiência hepática, hipertensão de grau moderado a grave, depressão severa, psicose, idéias suicidas, dependência de álcool e drogas^{10,12,13}.

Risco C na gravidez.

Declaro que estou ciente das informações por mim prestadas e das recomendações recebidas, dos efeitos colaterais e da necessidade de acompanhamento clínico.

Médico: _____ CRM: _____ Especialidade: _____
Local de trabalho: _____ Telefone: _____
Data: ____/____/____

Carimbo e assinatura do médico

Ciente (paciente ou responsável)