

ANEXO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO

PCDT: Esquizofrenia Refratária

CID 10: F20.0; F20.1; F20.2; F20.3; F20.4; F20.5; F20.6; F20.8

Paciente: _____

Critérios de Inclusão: Paciente deverá apresentar obrigatoriamente pelo menos 1 (um) dos sintomas de maior hierarquia ou 2 (dois) ou mais critérios de sintomas de menor hierarquia (devem estar presentes pela maior parte do tempo durante um episódio de doença psicótica que dure pelo menos 1 mês ou por algum tempo durante a maioria dos dias)

	Sintoma de MAIOR hierarquia: Eco, inserção, roubo ou irradiação de pensamento.
	Sintoma de MAIOR hierarquia: Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados ao corpo ou a movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicas; percepção delirante.
	Sintoma de MAIOR hierarquia: Vozes alucinatórias fazendo comentários sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si, ou outros tipos de vozes alucinatórias advindas de alguma parte do corpo.
	Sintoma de MAIOR hierarquia: Delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (por exemplo, ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas)
	Sintoma de MENOR hierarquia: Alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos 1 mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por ideias superestimadas persistentes
	Sintoma de MENOR hierarquia: Neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante
	Sintoma de MENOR hierarquia: Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor
	Sintoma de MENOR hierarquia: Sintomas "negativos", tais como apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que tais sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico)

Assinatura de carimbo do(a) médico(a) assistente

Data: ____/____/____