

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

Paciente: _____ CID 10: _____

() Masc. () Fem. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Peso: _____

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO¹: 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
PARTE A - DESATENÇÃO				
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.				
PARTE B - HIPERATIVIDADE				
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)²⁰

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 ()

Cite quais. Vida social: _____

Vida familiar: _____

Vida escolar: _____

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: _____