

ANEXO 1

Coordenação da Política de Assistência Farmacêutica

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO INICIAL DE METILFENIDATO – ADULTOS  
(Acima de 18 anos)**

Paciente: \_\_\_\_\_ CID 10: \_\_\_\_\_

( ) Masc. ( ) Fem. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO<sup>1</sup>. 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 |
|---|--------------|-------------|----------|--------|
| <b>PARTE A- DESATENÇÃO</b>  |              |             |          |        |
| 1. Com que frequência comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?                           |              |             |          |        |
| 2. Com que frequência tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?                        |              |             |          |        |
| 3. Com que frequência tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você? |              |             |          |        |
| 4. Com que frequência deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?                                      |              |             |          |        |
| 5. Com que frequência tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?   |              |             |          |        |
| 6. Quando precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência evita ou adia o início?                                   |              |             |          |        |
| 7. Com que frequência coloca as coisas fora do lugar ou tem de dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?               |              |             |          |        |
| 8. Com que frequência se distrai com atividades ou barulho a sua volta?   |              |             |          |        |
| 9. Com que frequência tem dificuldade para se lembrar de compromissos ou obrigações?  |              |             |          |        |
| <b>PARTE B- HIPERATIVIDADE</b>  |              |             |          |        |
| 1. Com que frequência se mexe na cadeira ou balança as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado(a) por muito tempo?                  |              |             |          |        |
| 2. Com que frequência se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações onde deveria ficar sentado(a)?                           |              |             |          |        |
| 3. Com que frequência se sente inquieto(a) ou agitado(a)?   |              |             |          |        |
| 4. Com que frequência tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre?   |              |             |          |        |
| 5. Com que frequência se sente ativo(a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse "com um motor ligado"?                    |              |             |          |        |
| 6. Com que frequência fala demais em situações sociais?   |              |             |          |        |
| 7. Quando esta conversando, com que frequência termina as frases das pessoas antes delas?   |              |             |          |        |
| 8. Com que frequência tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?  |              |             |          |        |
| 9. Com que frequência interrompe os outros quando eles estão ocupados?  |              |             |          |        |

ASR-18- Versão em português por Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. 2006 (adaptado)<sup>19</sup>

**Os sintomas observados persistem por pelo menos seis meses?**

Sim ( ) Não ( )

**Critério B:** Alguns desses sintomas estão presentes desde precocemente (antes dos 12 anos de idade)?

Sim ( ) Não ( )

**Critério C:** Existem problemas causados pelos sintomas acima em pelo menos dois contextos diferentes (por exemplo, no trabalho, na vida social, na faculdade e no relacionamento conjugal ou familiar)?

Sim ( ) Não ( )

**Cite quais: Vida social:** \_\_\_\_\_

**Vida familiar:** \_\_\_\_\_

**Vida profissional:** \_\_\_\_\_

**Critério D:** Há problemas evidentes por conta dos sintomas acima?

Sim ( ) Não ( )

**Critério E:** Os sintomas 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 ( )

**Nome do médico:** \_\_\_\_\_

**CRM:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Carimbo/Assinatura:** \_\_\_\_\_