

**LAUDO PARA ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO - METILFENIDATO  
(CRIANÇAS E ADOLESCENTES 06 anos a 17 anos e 11 meses)**

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

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

Peso: \_\_\_\_\_ Dose utilizada: \_\_\_\_\_

- Efeitos terapêuticos observados

---

---

---

---

---

---

---

---

Deve-se suspender o tratamento caso não se observem melhoras nos sintomas após o ajuste adequado das doses e avaliação periódica para determinar se é indicada a redução progressiva do fármaco. Pode-se iniciar tentativa de descontinuação farmacológica caso o paciente se mantenha sem sintomas durante um ano.

- Tempo de uso de metilfenidato: \_\_\_\_\_

Foi realizada tentativa de descontinuidade do tratamento? Quais efeitos foram observados?

---

---

---

---

---

---

- Efeitos Adversos: Avaliação de curva de crescimento

Tem sido relatada moderada redução no ganho de peso e leve retardo no crescimento com o uso prolongado de estimulantes, incluindo metilfenidato, em crianças. Assim, o crescimento deve ser monitorado, e pacientes que não estão ganhando altura ou peso como o esperado devem ser avaliados quanto ao risco-benefício da continuidade do tratamento.

---

---

---

---

---

---

- Adesão ao tratamento

( ) Completa ( ) Parcial (esquece algumas doses)

( ) Esporádica (esquece doses por mais de 1 semana)

Nome do médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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