

**LAUDO PARA ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO - METILFENIDATO
(ADULTOS)**

Paciente: _____ CID 10: _____

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

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:

- Adesão ao tratamento

() Completa () Parcial (esquece algumas doses)

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

Nome do médico: _____ CRM: _____

Data: ____/____/____

Carimbo/Assinatura: _____