



ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ - SESA
CENTRO DE MEDICAMENTOS DO PARANÁ - CEMEPAR

RELATÓRIO MÉDICO ESPECÍFICO PARA TRATAMENTO DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

TIPO I () LAMOTRIGINA () RISPERIDONA () QUETIAPINA () OLANZAPINA () CLOZAPINA

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____	Sexo: Masc. () Fem. ()
Data de Nascimento: ____/____/____	CARTÃO SUS: _____

Transtorno afetivo bipolar tipo: _____

CID: _____

Data do Diagnóstico: ____/____/____

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Descreva os critérios clínicos da doença, segundo o DSM – 5:

3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Descreva, se for o caso, as contraindicações absolutas e/ou relativas do (s) medicamento (s):

Médico Solicitante: _____ CRM: _____

Assinatura e Carimbo: _____ Data: ____/____/____

Nome do Estabelecimento de Saúde: _____

Endereço do Estabelecimento: _____

