



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS  
SECRETARIA DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

---

**SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO METILFENIDATO - USO RESTRITO AO PROTOCOLO VIGENTE**

**UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE**

---

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

Nº DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ SEXO ( ) MASC ( ) FEM

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

---

**APRESENTAÇÃO: METILFENIDATO 10 MG COMPRIMIDO**

POSOLOGIA: \_\_\_\_\_

---

**SOLICITAÇÃO:**

( ) INICIAL – DATA DO INÍCIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) RENOVAÇÃO – DATA DO INÍCIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**JUSTIFICATIVA**

CID-10: \_\_\_\_\_ OUTROS DIAGNÓSTICOS: \_\_\_\_\_

---

**USO CONCOMITANTE DE MEDICAMENTOS: SIM ( ) NÃO ( )**

**QUAIS E TEMPO DE USO:**

( ) DEPRESSIVOS \_\_\_\_\_ ( ) ANTIPSICÓTICOS \_\_\_\_\_

( ) ANTICONVULSIVOS \_\_\_\_\_ ( ) BENZODIAZEPÍNICOS \_\_\_\_\_

( ) OUTROS \_\_\_\_\_

OBS : LISTAR NOMES DOS MEDICAMENTOS

---

**DOCUMENTOS ANEXADOS (CÓPIA SIMPLES):**

**PARA INÍCIO/RENOVAÇÃO:**

1. CURVA DE CRESCIMENTO AVALIADO PELO PEDIATRA E/OU ESPECIALISTA ( )

2. EXAMES LABORATORIAIS:

( ) ECG ( ) HEMOGRAMA ( ) AST/ALT ( ) TSH

---

**PLANO DE TRATAMENTO ATUAL:**

( ) PSICOLÓGICO / TERAPIA OCUPACIONAL

( ) ATIVIDADES

( ) TRATAMENTO FAMILIAR

( ) ORIENTAÇÃO FAMILIAR

( ) ORIENTAÇÃO DOS PROFESSORES /

---

## HISTÓRICO DE ACOMPANHAMENTO

Anexar as propostas terapêuticas realizadas nos últimos 3 meses de outros tratamentos como: Pediatra, Psicólogo, Terapeuta ocupacional, Psiquiatra, Neurologista:

ANEXAR RELATORIOS DA ESCOLA E PROPOSTA DA EDUCAÇÃO.

### A. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Crianças de 8 a 18 anos, morador no município de Campinas, cadastrado na - Unidade de Saúde de referência e em seguimento horizontal.
- Preenchimento do formulário específico de solicitação de Metilfenidato, acompanhado de exames (hemograma completo, TSH, AST e ALT, ECG – com laudo ), curva de crescimento, relatório do Terapeuta que acompanha o paciente por pelo menos 6 meses e relatório escolar.
- A solicitação inicial via formulário específico deve ser feita por psiquiatra ou neuropediatra.

### B. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Dificuldade de Aprendizagem exclusiva.
- Dificuldades de escolarização decorrentes de má adaptação escolar, projeto pedagógico não singularizado, relação professor (a)-aluno inadequada, propostas de reforço de atividades que expõem a dificuldade criança/adolescente diante os demais colegas, gerando discriminação e maus tratos entre pares.
- Ansiedade.
- Depressão e/ou antecedente familiar de depressão grave.
- Hipertensão arterial sistêmica.
- Doença cardiovascular.
- Transtorno afetivo bipolar ou outros transtornos psiquiátricos primários.
- Transtorno mental orgânico.
- Psicose e/ou antecedente familiar de psicose.
- Alterações da tiróide.
- Glaucoma e/ou antecedente familiar de glaucoma.
- Dependência de álcool e substâncias psicoativas, ou sintomas secundários a fatores ambientais.
- Crianças e adolescentes em uso de medicações que interagem com a farmacocinética do metilfenidato (ver item 5 – interações medicamentosas).
- Não preenchimento dos critérios de inclusão.
- Ausência de benefício após 3 meses do início do tratamento.

**Reações adversas:** mais freqüentes: restrição de crescimento, arritmias, nervosismo, irritabilidade, dor abdominal, náusea, vômito, dispepsia, boca seca; taquicardia, palpitação, alteração da pressão arterial; tiques, insônia, astenia, depressão, agressividade, dor de cabeça, sonolência, alterações motoras, síndrome zumbi-like; febre, artralgia; rash, prurido, alopecia. Menos frequentes: diarreia, sonhos anormais, confusão, idéias suicidas, alteração da frequência urinária, hematuria, câibras, epistaxe; raramente: angina, distúrbios visuais; muito raramente disfunção hepática, infarto do miocárdio, arterite cerebral, psicose, síndrome neuroléptica maligna, tolerância, distúrbios hematológicas, incluindo leucopenia e trombocitopenia, glaucoma de ângulo fechado, dermatite esfoliativa, eritema multiforme.

**Contraindicações:** ansiedade ou agitação; depressão severa; idéias suicidas; síndrome de Tourette; dependência de álcool e drogas; psicose; hipertireoidismo; doença cardiovascular; insuficiência hepática; gravidez e amamentação; hipertensão de grau moderado a grave; glaucoma.

**Declaro que estou ciente das recomendações, dos efeitos colaterais e da necessidade de acompanhamento clínico e de outras intervenções.**

**O acompanhamento clínico e a avaliação dos exames complementares e curva de estatura, exigidos por esse protocolo, permite manter essa prescrição.**

CIENTE:

NOME DO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ E CRM: \_\_\_\_\_

DATA DA SOLICITAÇÃO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL