



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB  
Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC  
Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF  
Coordenação de Assistência Farmacêutica Especializada - COAFE

## FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DAS DROGAS ANTIÉPILEPTICAS

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Local que faz tratamento: \_\_\_\_\_

### • IDENTIFICAÇÃO:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. para contato: ( \_\_\_ ) \_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ C.E.P.: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ - UF: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino - Idade: \_\_\_\_\_ - D.N.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### II - DIAGNÓSTICO DA EPILEPSIA:

Idade de início \_\_\_\_\_

1 - ( ) **APENAS CLINICO:** Tipos de crises que o paciente apresenta:

Crise 1: \_\_\_\_\_

Crise 2: \_\_\_\_\_

Crise 3: \_\_\_\_\_

Crise 4: \_\_\_\_\_

Crise 5: \_\_\_\_\_

2 - ( ) **CLINICO + EEG:**

Resultado do EEG: Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### III - DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DA EPILEPSIA:

-( ) Idiopático ( ) Secundário ( ) Criptogênica

RNM de Crânio: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_: Obrigatório apenas para os pacientes com Epilepsia focal refratária \_\_\_\_\_

**IV – GRUPO DE INCLUSÃO AO QUAL PERTENCE :**

1 - ( ) paciente tem epilepsia focal refratária às drogas de primeira linha:

\_\_\_\_\_

( ) 2 drogas em monoterapia: dose máxima \_\_\_\_\_mg/dia ou \_\_\_\_\_mg/dia.

( ) 1 monoterapia + politerapia: \_\_\_\_\_mg/dia ou \_\_\_\_\_+ \_\_\_\_\_mg/dia.

2 – ( ) paciente com epilepsia generalizada refratária ao Valproato de Sódio: dose máxima \_\_\_\_\_mg/dia.

3 – ( ) paciente com idade acima de 60 anos.

4 – ( ) Paciente com epilepsia generalizada com crises de ausência ou mioclonias refratária ao valproato.

5 – ( ) Paciente com comorbidade psiquiátrica em tratamento com drogas que sofrem interação com drogas indutoras (carbamazepina, fenitoína e fenobarbital): droga utilizada:

\_\_\_\_\_.

**V- EXCLUÍDOS PACIENTES COM OUTRAS CONDIÇÕES DE EVENTOS PAROXÍSTICOS NÃO EPILÉPTICOS OU CRISES DE ORIGEM PSICOGÊNICAS:**

( ) SIM ( ) NÃO

**VI- DIAGNÓSTICO DA EPILEPSIA: CID 10:** \_\_\_\_\_

Droga solicitada: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Carimbo e assinatura do médico assistente