

RESUMO DO PCDT
PCDT de Transtorno Afetivo Bipolar Tipo 1 - Portaria SAS/MS nº 315, de 30 de março de 2016 e SIGTAP/SUS
Crit. Inclusão: Obrigatório: Paciente deverá apresentar obrigatoriamente o critério abaixo:
() Paciente com diagnóstico de TAB do tipo I, conforme DSM-5 (capítulo: “Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados”)
Crit. Inclusão Facultativo:
() Presença de um familiar ou responsável legal (para paciente em internação psiquiátrica hospitalar ou com grave prejuízo funcional, que exige institucionalização ou perda da autonomia)
() Presença de um funcionário do asilo disponível e capaz de manejar estressores do ambiente de forma contínua (para paciente cronicamente asilado)
Crit. Inclusão: Especial: Paciente deverá apresentar obrigatoriamente um dos critérios abaixo:
Clopazina:
() Falha terapêutica de no mínimo duas combinações de estabilizador mais antipsicótico para tratamento episódios maníacos
() Falha terapêutica de no mínimo duas combinações diferentes de estabilizadores de humor e antipsicóticos para tratamento de manutenção
() Controle emergencial da agitação
Lamotrigina
() Tratamento dos sintomas depressivos do TAB tipo 1
() Tratamento de manutenção de TAB tipo 1, associada a outro agente com eficácia comprovada na prevenção de episódios maníacos durante o tratamento de manutenção
() Controle emergencial da agitação
Risperidona
() Tratamento de Episódios Maníacos
() Tratamento de manutenção de TAB tipo 1
() Controle emergencial da agitação
Quetiapina
() Tratamento de Episódios Maníacos
() Tratamento dos sintomas depressivos do TAB tipo 1
() Tratamento de manutenção de TAB tipo 1

☐ Controle emergencial da agitação
Olanzapina
☐ Tratamento de Episódios Maníacos
☐ Tratamento de manutenção de TAB tipo 1
☐ Tratamento dos sintomas depressivos do TAB tipo 1 após refratariedade, contraindicação ou intolerância a lítio, quetiapina e lamotrigina
☐ Controle emergencial da agitação
Crit. Exclusão: Paciente será excluído caso apresente uma das condições abaixo:
Para todos os medicamentos
☐ Pacientes com impossibilidade de adesão ao tratamento e acompanhamento contínuo
☐ Pacientes com diagnóstico de TAB do tipo II
☐ Pacientes com diagnóstico de TAB sem outra especificação.
☐ Hipersensibilidade ao fármaco
Lamotrigina
☐ Prejuízo de função hepática [elevação de aminotransferases/transaminases (AST/TGO e ALT/TGP)]
☐ História de doença hepática
Risperidona
☐ Síndrome neuroléptica maligna
☐ Discinesia tardia
Clozapina
☐ Leucócitos abaixo de 3.550/mm ³ ou neutrófilos abaixo de 2.000/mm ³ sem parecer favorável realizado por hematologista para início do tratamento
☐ Contagem de plaquetas inferior a 100.000/mm ³ sem parecer favorável realizado por hematologista para início do tratamento
☐ Doenças mieloproliferativas ou uso de agentes mielossupressores
☐ História de agranulocitose/granulocitopenia com clozapina
☐ Depressão do sistema nervoso central ou estado comatoso de qualquer natureza
☐ Íleo paralítico
☐ História de miocardite por clozapina
☐ Doenças hepáticas ou cardíacas graves
☐ Epilepsia não controlada

Crit. para suspensão de tratamento: Paciente deverá suspender o tratamento caso apresente a situação abaixo:
Clozapina
() Pacientes com citopenia (leucócitos totais abaixo de 3.000/mm ³ ou neutrófilos abaixo de 1.500/mm ³) ou plaquetomia (plaquetas abaixo de 100.000/mm ³) sem parecer favorável de hematologista.
Medicamentos - Qtd máx (dose atq) - Tempo máximo de tratamento
() 0604500033 - LAMOTRIGINA 25 MG (POR COMPRIMIDO) - 372 - x
() 0604500041 - LAMOTRIGINA 50 MG (POR COMPRIMIDO) - 186 - x
() 0604500050 - LAMOTRIGINA 100 MG (POR COMPRIMIDO) - 93 - x
() 0604510012 - RISPERIDONA 1 MG (POR COMPRIMIDO) - 248 - x
() 0604510020 - RISPERIDONA 2 MG (POR COMPRIMIDO) - 124 - x
() 0604510039 - RISPERIDONA 3 MG (POR COMPRIMIDO) - 62 - x
() 0604230036 - QUETIAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO) - 992 - x
() 0604230044 - QUETIAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO) - 248 - x
() 0604230052 - QUETIAPINA 200 MG (POR COMPRIMIDO) - 124 - x
() 0604230060 - QUETIAPINA 300 MG (POR COMPRIMIDO) - 62 - x
() 0604230010 - OLANZAPINA 5 MG (POR COMPRIMIDO) - 124 - x
() 0604230028 - OLANZAPINA 10 MG (POR COMPRIMIDO) - 62 - x
() 0604230079 - CLOZAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO) - 992 - x
() 0604230087 - CLOZAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO) - 248 - x
Exceções da regra das F.O.
xxxxxxx
CID-10
() F31.1 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos
() F31.2 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
() F31.3 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado
() F31.4 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos
() F31.5 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos
() F31.6 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto
() F31.7 Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão
Exames obrigatórios para solicitação
Lamotrigina
() Cópia do exame de dosagem de Aspartato aminotransferase - AST (glutâmico oxaloacética -

TGO)
() Cópia do exame de dosagem de Alanina aminotransferase - ALT (glutâmico pirúvica - TGP)
Clozapina
() Cópia do exame de contagem de Leucócitos totais (Hemograma)
() Cópia do exame de contagem de Neutrófilos totais (Hemograma)
() Cópia do exame de contagem de Plaquetas
Exames para solicitação condicionados a situação clínica do paciente, conforme PCDT
xxxxxx
Documentos obrigatórios para solicitação
Para quetiapina e olanzapina
() Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios realizados
Para lamotrigina
() Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios realizados e se paciente possui história de doença hepática
Para risperidona
() Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios realizados e se paciente possui história de síndrome neuroléptica maligna e discinesia tardia
Para clozapina
() Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios realizados e se paciente possui doença mieloproliferativa ou faz uso de agentes mielossupressores, depressão do sistema nervoso central ou estado comatoso de qualquer natureza, íleo paralítico, doenças hepática ou cardíaca grave, epilepsia não controlada ou história de agranulocitose/granulocitopenia ou miocardite com clozapina
Documentos para solicitação condicionados a situação clínica do paciente, conforme PCDT
Para clozapina
() Avaliação realizada por hematologista para paciente com leucócitos abaixo de 3.550/mm ³ ou neutrófilos abaixo de 2.000/mm ³ ou plaquetas inferior a 100.000/mm ³
Documentos necessários
() Cópia de RG, CPF, comprovante de residência, CNS (Cartão Nacional de Saúde) do paciente;
() Receita médica em 2 vias (deve ser renovado TRIMESTRALMENTE junto com a LME);
() Relatório médico com o CID em 2 vias;

() LME de Solicitação de medicamentos em 2 vias (deve ser renovado TRIMESTRALMENTE)
() Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.