



**Formulário de Acesso aos Medicamentos para Comportamento Agressivo no
Transtorno do Espectro do Autismo
PORTARIA CONJUNTA Nº 7, de 12 de ABRIL de 2022**

Nome do Paciente: _____ Data do Atendimento: ____/____/____

Cartão Nacional de Saúde: _____ CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Serviço: _____ Nome do Avaliador: _____

O paciente apresenta os seguintes critérios?	SIM	NÃO
Comportamento Agressivo/Autoagressão/Heteroagressão		
Apresenta baixa resposta ou adesão às intervenções não medicamentosas		
Apresenta quais dos seguintes critérios diagnósticos?	SIM	NÃO
Agressivo(a) com outras crianças ou adultos (verbalmente ou fisicamente)		
Procura se isolar dos outros		
Impulsivo(a), age sem pensar		
Inquieto(a), incapaz de permanecer sentado(a)		
Preocupado(a), fixa o olhar no vazio		
Desobediente, difícil de se controlar		
Retraído(a) prefere atividades solitárias		
Os pedidos têm que ser atendidos imediatamente		
Causa machucados em si mesmo		
Distrai-se com facilidade		
Ignora propositalmente as instruções		
Tem acesso de fúria ou birra quando controlado		
Fala sozinho(a) em voz alta		
Ausência de contato visual ou contato visual limitado;		
Paciente apresenta os seguintes critérios de exclusão:	SIM	NÃO
Contraindicações absolutas ao uso da Risperidona;		
Mulheres que estejam amamentando.		
Menor de 5 anos de idade;		



Escala Aberrant Behavior Checklist (ABC)

1. Relação com o paciente(marque a alternativa)

- () Pais
() Professor
() Treinador/ supervisor
() outros (especifique) _____

2. Onde o paciente foi observado:

- () Casa
() Escola
() Creche
() Consultório
() Outro (especifique): _____

3. Caso esteja na Escola, qual o tipo(marque uma alternativa)

- () Escola para portadores de necessidades especiais.
() Escola para portadores de autismo.
() Escola de inclusão
() escola comum
() outro: especificar: _____

4. Grupo étnico (marcar)

- () Branco
() Negro
() Pardo
() indígena. Informar etnia _____

5. Situação clínica do paciente: marcar com um X

- a. Surdez? Sim () Não ()
b. Cegueira? Sim () Não ()
c. Epilapsia? Sim () Não ()
d. Paralisia cerebral Sim () Não ()
e. outro: especificar: _____

6. Medicamentos em uso atualmente(listar o medicamento e sua dosagem)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Assinatura e carimbo do entrevistador

O entrevistador poderá ser um profissional de saúde. O entrevistado poderá ser o responsável legal pelo paciente, o professor, treinador, supervisor.