

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)
Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (SAFTEC)
Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF)
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (COAFE)

FORMULÁRIO DE ACESSO - EPILEPSIA**PORTARIA CONJUNTA Nº 17, DE 21 DE JUNHO DE 2018**

Nome do Paciente: _____	Idade: _____	
Serviço: _____	Cidade: _____	Data: ____ / ____ / ____
Médico Responsável: _____	CRM: _____	UF: _____

DIAGNÓSTICO DA EPILEPSIA: CID 10: _____**Descrição detalhada informando sinais, sintomas e evolução do quadro clínico: _____**

_____**Qual a idade paciente apresentou os primeiros sintomas (início da doença)? _____****1 - Qual dos Critérios de inclusão o (a) paciente apresenta (marcar com X em ao menos 1)?**

- Tem apresentado duas crises epiléticas no intervalo mínimo de 24 horas;
 Tem apresentado uma crise e tem um risco de recorrência de crises acima de 60%;
 Tem diagnóstico estabelecido de uma síndrome epilética específica.

2 - Tipo de Crise apresentada pelo paciente (marcar ao menos 1 tipo de início) – ILAE 2017:**1. Início Focal** Perceptiva Disperceptiva**Motora:**

- automatismo
 atônicas
 clônicas
 espasmos epiléticos
 hipercinéticas
 mioclônicas
 tônicas

Não Motora:

- autonômicas
 parada comportamental
 cognitivas
 emocionais
 sensoriais
 focal evoluindo para tônico-clônica bilateral

2. Início generalizado**Motora:**

- tônico-clônicas
 clônicas
 tônicas
 mioclônicas
 mioclônico-tônico-clônicas
 mioclônico-atônicas
 atônicas
 espasmos epiléticos

Não Motora (ausências):

- típicas
 atípicas
 mioclônicas
 mioclonias palpebrais

3. Início desconhecido**Motora:**

- tônico-clônicas
 espasmos epiléticos

Não Motora: parada comportamental**4. Outras:**



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (SAFTEC)

Diretoria de Assistência Farmacêutica (DASF)

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (COAFE)

3 - Tratamento Medicamentoso:

3.1 Paciente realizou a PRIMEIRA monoterapia e houve intolerância ou falha ao fármaco?

() Sim

() Não

3.2 Paciente realizou a SEGUNDA monoterapia e houve intolerância ou falha ao fármaco?

() Sim

() Não

3.3 Paciente está em uso de associação medicamentosa?

() Sim

() Não

3.4 Quais fármacos antiepilépticos e dosagens o (a) paciente está utilizando atualmente?

3.5 Em caso de associações medicamentosas que fogem à forma geral informada no protocolo clínico, solicitamos a justificativa técnica do médico assistente:

4 - Paciente sem diagnóstico confirmado para epilepsia ou com suspeita de eventos paroxísticos não epilépticos?

() Sim

() Não

Declaro, para os devidos fins, que o(a) paciente não apresenta critérios de exclusão, atende integralmente aos critérios de inclusão e não possui intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação aos fármacos antiepilépticos em uso.

Assinatura e carimbo do médico