

Formulário de solicitação de RECOMENDAÇÕES DE REDUÇÃO PROGRESSIVA

Eu, médico ou doente (marque a caixa correspondente), gostaria de receber uma recomendação para um esquema de redução progressiva para o seguinte doente, com as seguintes especificações:

O doente foi medicado com (preencher com o medicamento para redução progressiva) para a seguinte indicação:

De momento o doente apresenta ausência de sintomas: sim não (marque a caixa correspondente)

O(s) motivo(s) para a redução progressiva é(são):

Marque todas as caixas que se apliquem:

- 1a. Fator de risco:
- | | | |
|--------------------------------------------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> dose em falta | : | o doente já apresentava sintomas de abstinência após uma única dose em falta |
| <input type="checkbox"/> receio da redução progressiva | : | o doente indicou ter receio da redução progressiva |
| <input type="checkbox"/> falha anterior | : | as tentativas anteriores de parar falharam |
| <input type="checkbox"/> distinção | : | é necessário distinguir entre uma recaída com sintomas de abstinência e uma lapso |
| <input type="checkbox"/> metabolização lenta | : | a dose mais baixa já produz uma concentração plasmática elevada |
| <input type="checkbox"/> dose elevada | : | a dose foi superior a 100% da DDD durante mais de 6 meses |
| <input type="checkbox"/> início | : | houve problemas com efeitos/efeitos secundários no início do tratamento |
| <input type="checkbox"/> substituição anterior | : | o doente já substituiu a medicação psiquiátrica uma vez no passado |
| <input type="checkbox"/> outro | : | ..... |

1b. Duração da utilização do medicamento: <1 ano 1-2 anos 2-5 anos 5-10 anos >10 anos

1c. Utilização atual do medicamento:

..... mg hora	<input type="checkbox"/> redução progressiva	dose final pretendida	.....
..... mg hora	<input type="checkbox"/> redução progressiva	dose final pretendida	.....
..... mg hora	<input type="checkbox"/> redução progressiva	dose final pretendida	.....
..... mg hora	<input type="checkbox"/> redução progressiva	dose final pretendida	.....

1d. Outros medicamentos por via oral:

..... (nome)	.....	..... mg por dia
..... (nome)	.....	..... mg por dia
..... (nome)	.....	..... mg por dia
..... (nome)	.....	..... mg por dia
..... (nome)	.....	..... mg por dia
..... (nome)	.....	..... mg por dia

1e. Outras informações:

1f. Os comprimidos são a forma de administração pretendida sim (marque a caixa)

1g. Período de redução progressiva pretendido pelo doente: meses (número)

1h. O doente dá consentimento para a transferência de informações para a farmácia local: sim (marque a caixa)

Farmácia local:

1i. Companhia de seguros de saúde:

2. Nome e iniciais do doente:

Data de nascimento (DD-MM-AAAA): - - Género: M / F Número de segurança social:

Nome da rua e número da porta:

Código postal e cidade: Países:

Endereço de correio eletrónico (obrigatório): Telefone:

3. Nome do médico prescriptor:

Número de registo médico:

Nome da rua e número da porta:

Código postal e cidade: Países:

Endereço de correio eletrónico (obrigatório): Telefone:

Confirmo que todas as informações solicitadas foram prestadas com veracidade.

Data: Carimbo do médico (se solicitado pelo médico):

Assinatura do requerente: