

**PROTOCOLO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO JUDICIAL DE
TERAPIAS/MEDICAMENTOS PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA**

Prezado(a) médico(a), este formulário se destina a embasar a decisão judicial acerca das intervenções solicitadas. Observe que quem vai receber este relatório precisa das melhores informações, de modo que é importante que seja adequadamente preenchido e com letra legível. As informações devem ser verdadeiras para não caracterizar uma falsa declaração e infração ao código de ética.

INFORMAÇÕES DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome: _____ CRM: _____
Especialidade: _____ RQE: _____
Vínculo com paciente: _____
SUS () Particular () Plano de Saúde () Qual?
Local onde atende o paciente: _____
Há quanto tempo realiza acompanhamento do paciente: _____
Há conflito de interesse ou parentesco (Resolução CFM 2386/24), se sim citar: _____

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Nome: _____ Idade: _____
Data de nascimento: / / CPF _____ Sexo : () F () M

INFORMAÇÕES SOBRE PATOLOGIA DO PACIENTE

Diagnóstico principal: _____
CID 10: _____ CID 11: _____
Data do diagnóstico: _____ Idade na época do diagnóstico: _____
O paciente apresenta comorbidades? () Não () Sim
Se sim quais? () Epilepsia () Paralisia cerebral () TDHA () Déficit cognitivo () TOD () TAG () Síndrome genética Qual?
() Outras, quais? _____
Resumo do estado atual da doença:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

➤ Assinale os sinais e sintomas dos Critérios de Eixo A (dificuldade na comunicação, linguagem e interação social) dos critérios diagnósticos do DSM – 5 existentes no paciente:

1. ☐ *Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesse, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.*
2. ☐ *Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.*
3. ☐ *Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando de dificuldades em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, ausência de interesse por pares.*

➤ Assinale os sinais e sintomas dos Critérios de Eixo B (Padrões restritos e repetitivos de comportamento) dos critérios diagnósticos do DSM – 5 existentes no paciente:

1. ☐ *Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (estereotipais motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).*
2. ☐ *Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).*
3. ☐ *Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).*
4. ☐ *Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).*

NIVEL DE SUPORTE DE ACORDO COM O DSM-5

() **Nível 1 - Precisam de pouco suporte** - geralmente apresentam dificuldades na comunicação social e interação, mas conseguem lidar com rotinas diárias.

() **Nível 2- Precisam de suporte substancial** -dificuldades sociais e de comunicação são mais pronunciadas. As pessoas nesse nível podem demonstrar comportamentos repetitivos ou restritos que interferem na funcionalidade. Podem precisar de suporte substancial para lidar com mudanças na rotina e podem ter dificuldade em adaptar-se a novas situações sociais.

() **Nível 3 - Precisam de muito suporte** - dificuldades graves na comunicação, interação social e comportamento. Pode haver compreensão limitada das pistas sociais, dificuldade em expressar suas necessidades e podem apresentar comportamentos desafiadores. Requer um suporte muito substancial para todas as áreas da vida.

RESULTADO DE EXAMES (DATA E RESULTADO anexar)

☐ BERA _____
☐ Tomografia Computadorizada de Crânio _____
☐ Ressonância Nuclear Magnética de Encéfalo _____
☐ Eletroencefalograma _____
☐ Exames de genética _____
☐ Outros _____

PLANO TERAPÊUTICO – TERAPIAS

Existe plano terapêutico individualizado? Sim () Não ()
Se sim, descrever ou anexar _____

Qual a expectativa de resposta ao plano terapêutico proposto?

Quais as terapias indicadas atualmente?

Fonoaudiologia () Psicologia () Terapia ocupacional () Fisioterapia motora ()
Outras () Descrever : _____

O paciente já está realizando processo terapêutico? Não () Sim ()

Se sim, há quanto tempo? _____

Qual a evolução atingida? _____

Há laudo dos terapeutas? Não () Sim () Se sim, favor anexar.

O paciente frequenta escola? Não () Sim ()

Se sim: Escola pública () Escola particular ()

Há relatório escolar? Não () Sim () Se sim, favor anexar.

Quais as terapias solicitadas judicialmente?

Fonoaudiologia () Psicologia () Terapia ocupacional () Fisioterapia motora ()

Outras () Descrever : _____

Cite e justifique a carga horária de terapias solicitadas de acordo com o plano terapêutico individualizado e seus objetivos terapêuticos.

Em qual lugar as terapias preferencialmente devem ser realizadas:

- () Domicílio
() Clínica terapêutica
() Escola
() Outros
Justifique sua escolha:

PLANO TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO – caso a ação judicial inclua medicamentos

Há necessidade atualmente de intervenção farmacológica? () Sim () Não
A intervenção farmacológica visa tratar qual (quais) sintoma (s)? Favor especificar:

Descrever o(s) fármaco(s) já utilizado(s) :

Fármaco(s):

Dose:

Tempo de uso:

Resultados:

Motivo da suspensão:

Fármaco(s):

Dose:

Tempo de uso:

Resultados:

Motivo da suspensão:

Qual (quais) fármaco(s) está(ão) sendo solicitado(s) na ação judicial?

Descrever :

Fármaco(s):

Dose:

Tempo de uso:

Resultados esperados:

Fármaco(s):

Dose:

Tempo de uso:

Resultados esperados:

Outros comentários pertinentes ao caso: _____

Estou ciente da necessidade de emitir relatório médico atualizado, no mínimo a cada 6 meses, constando o resultado das reavaliações, atualizando o quadro clínico e justificando a manutenção, suspensão ou readequação do plano terapêutico.

** O relatório instruirá o processo judicial

_____/_____/_____ (Local) (data)

_____ (assinatura e carimbo)