

MATERIAL DE APOIO

**AVALIAÇÃO**  
**PRÉ-PRESCRIÇÃO**

## SEÇÃO A: CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Critério	Atende	Observações
Diagnóstico confirmado com evidência para cannabis	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Falha ou contraindicação a $\geq 2$ tratamentos convencionais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Ausência de contraindicações absolutas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Capacidade de consentimento informado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

## SEÇÃO B: AVALIAÇÃO DE RISCO

Fator de Risco	Presente	Gravidade	Manejo
Idade <18 ou >65 anos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	
Doença cardiovascular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	
Transtorno psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	
História dependência química	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	
Insuficiência hepática	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	
Gravidez/amamentação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	
Polifarmácia (>5 medicamentos)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	_____

## SEÇÃO C: INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Medicamento	Risco de Interação	Mecanismo	Conduta
Clobazam	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	Inibição CYP2C19	
Varfarina	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	Inibição CYP2C9	
Fenitoína	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	Indução CYP450	
Sedativos	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	Sinergia depressora	
Outros	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto		

## SEÇÃO D: DECISÃO FINAL

Aspecto	Avaliação
Elegível para Cannabis Medicinal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Produto Recomendado	
Dose Inicial Sugerida	
Frequência Monitorização	
Observações Especiais	

HUNIQ  
Health

PRONTO PARA VOCÊ:

Material editável grátis  
disponível por tempo limitado

