



ENCAMINHAMENTO EM SAÚDE MENTAL

- () CAPS Infantil () CAPS AD - Álcool e outras drogas () CAPS II – Adulto () AMENT
() Clínica Escola UNIASSELVI Tel./WhatsApp: (47) 98923-7184
() CESP – UNIFEBE Tel./WhatsApp: (47) 98832-0734

DATA: ___ / ___ / ___ ESF OU UNIDADE DA REDE ENCAMINHADORA: _____

NOME DO PACIENTE: _____

CARTÃO NACIONAL DO SUS: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___ / ___ / ___ TELEFONE(S) PARA CONTATO: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

COM RELAÇÃO AO TRATAMENTO;

- () Está em tratamento na ESF. Há quanto tempo está em tratamento? _____
() Está em tratamento particular. Há quanto tempo está em tratamento? _____
() Está sem tratamento no momento
() Nunca fez tratamento
() Está vindo de uma internação psiquiátrica

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PSIQUIÁTRICO:

- () Não
() Sim em uso a quanto tempo:

MEDICAÇÃO	MG	MANHÃ	TARDE	NOITE

- () DEPENDÊNCIA QUÍMICA OU () JÁ FEZ USO.
() MEDICAÇÃO () ÁLCOOL () TABAGISTA () DROGAS ILÍCITAS. QUAIS?

TENTATIVA OU PLANOS SUICIDAS? () SIM () NÃO. COMO E QUANDO?

AGRESSÃO A TERCEIROS? OU AUTOMUTILAÇÃO? () SIM () NÃO. SE SIM, COMO?

SINTOMAS PSICÓTICOS : () SIM () NÃO

Principais sintomas:

- () ALUCINAÇÕES () DELÍRIOS () ISOLAMENTO SOCIAL GRAVE () COMPORTAMENTOS BIZARROS
() DESORGANIZAÇÃO DO PENSAMENTO E DA FALA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

PONTUAÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO;

ASSINATURA PROFISSIONAL ACOLHEDOR