SECRETARIA DE SAÚDE
NEPSHU

ENCAMINHAMENTO EM SAÚDE MENTAL - CAPS
( ) Infantil ( ) Álcool e outras Drogas ( ) CAPS 2- Adulto

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?_____
( ) Esta 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. 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