

ANEXO I

FICHA DE ACOLHIMENTO – AMBULATÓRIO - SAÚDE MENTAL	
I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
Médico Assistente:	CRM:
II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Sexo: F () M ()
Cód Ident PLANSERV:	Data Nascimento: Idade:
III. HISTÓRICO	
Tratamento em Saúde Mental anterior? () Sim () Não () Psicoterapia () Psiquiatria () Hospital dia () Internação Psiquiátrica	
Última internação em:	Qual a instituição:
Faz uso de psicofármacos? () Sim () Não Quais?	
Faz uso de bebida alcoólica? () Sim () Não Se sim, o uso é patológico? () Sim () Não	Faz uso de outros tipos de drogas (lícita ou ilícita)? () Sim Quais: _____ () Não
Histórico familiar de transtorno mental? () Sim () Não Quais:	
CID:	
IV- RESUMO DA HISTÓRIA/DESCRIÇÃO FENOMENOLÓGICA	
PRESCRIÇÃO:	
ENCAMINHAMENTO PARA ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO () Individual () Grupo	
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)

ANEXO II

FICHA DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO – AMBULATÓRIO - SAÚDE MENTAL	
I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL	
Psicólogo:	CRP:
II- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Sexo: F () M ()
Cód Ident PLANSERV:	Data Nascimento: Idade:
III- ACOMPANHAMENTO	
Modalidade de Atendimento: () Individual () Grupo	
CID:	
IV- AVALIAÇÃO / EVOLUÇÃO	
Descrever o quadro do paciente e sua evolução durante tratamento	
V- OBJETIVOS TERAPÊUTICOS	
Local e Data:	Assinatura e Carimbo