

ANEXO III

PLANO TERAPÊUTICO – ENCAMINHAMENTO PARA HOSPITAL-DIA – SAÚDE MENTAL		
Período ___/___/___ à ___/___/___		
I- IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		
Médico Assistente:	CRM:	
II- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:	Sexo: F () M ()	
Cód Ident PLANSERV:	Data Nascimento:	Idade:
III- HISTÓRICO		
Internação Psiquiátrica: () Sim () Não	Última internação em:	
HD: () CAPS: ()	Qual a instituição:	
AMB. SAÚDE MENTAL: ()	CID ATUAL:	
Faz uso patológico de bebida alcoólica? () Sim () Não	Faz uso de outros tipos de drogas (lícita ou ilícita)?	
	() Sim () Não Qual:	
Motivo do Atendimento Inicial:		
Resumo da História do paciente/ Descrição Fenomenológica:		
Justificativa para o tratamento:		
Modalidade de Tratamento: () Intensivo 16 () ou 20 ()	() Semi-Intensivo 08 () ou 12 ()	() Não-Intensivo (Sempre 04)
V. FARMACOTERAPIA		
Medicamentos utilizados	Posologia	Quantidade / mês
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
VI. DATA E ASSINATURA		
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)	

ANEXO IV

SAÚDE MENTAL- ALTERAÇÃO DA PRESCRIÇÃO OU MODALIDADE			
I- IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
Médico Assistente:			CRM:
II- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome:		Sexo: F () M ()	
Cód Ident PLANSERV:		Data Nascimento:	Idade:
III- ALTERAÇÃO DA MODALIDADE			
() Mantida	() Intensivo 16 () ou 20 ()	() Semi Intensivo 08 () ou 12 ()	() Não-Intensivo (Sempre 04)
CID ATUAL:			
Justificativa para alteração da modalidade durante o tratamento:			
VII. FARMACOTERAPIA			
Medicamentos	Posologia	Data da Alteração	Quantidade /mês
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
Local e Data:		Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)	

ANEXO V

PLANO TERAPÊUTICO – ACOMPANHAMENTO EM HOSPITAL-DIA – SAÚDE MENTAL				
Período ____/____/____ à ____/____/____				
I. IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS				
Médico Assistente:			CRM:	
Técnico de Referência:			Nº Conselho de Classe:	
II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome:		Data Nascimento:	Idade:	
Cód Ident PLANSERV:		Sexo: F () M ()		
III. ACOMPANHAMENTO				
Modalidade de Tratamento: () Intensivo () Semi-Intensivo () Não-Intensivo				
CID:				
Evolução do Paciente:				
IV. Oficinas Terapêutica/Atendimentos Individuais				
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Metas para o tratamento e Previsão de Mudança de nível de atenção ou de modalidade assistencial				
Acompanhamento a família durante o tratamento:				
IV. FARMACOTERAPIA				
Medicamentos		Posologia	Quantidade /mês	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
V. DATA E ASSINATURA				
Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)		Assinatura e Carimbo (Técnico de Referência)	

ANEXO VI

REGISTRO DE DISPENSA DE MEDICAMENTOS- SAÚDE MENTAL			
Período ____/____/____ à ____/____/____			
I- IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
Nome:		CRF:	
II. IDENTIFICAÇÃO PACIENTE			
Nome do Paciente:		Data Nascimento:	Idade:
Cód. Ident. PLANSERV:		Sexo: F () M ()	
III. MEDICAMENTOS DISPENSADOS			
Período	Medicamento	Dose prescrita	Quantidade Dispensada
VI. ASSINATURA			
1. Declaro ser o responsável pela dispensa do(s) medicamento(s) acima e prestarei informações ao beneficiário, à vigilância sanitária e à equipe envolvida ao suporte medicamentoso, contribuindo para promoção de uma farmacoterapia correta e racional; 2. Autorizo os auditores do PLANSERV a consultarem documentos do meu serviço que se fizerem necessários.			
Data:		Assinatura e carimbo do farmacêutico:	
Declaro que recebi durante o período citado neste registro, os medicamentos acima listados na quantidade informada.		Assinatura do Paciente ou Responsável:	