

ANEXO VII

PLANO TERAPÊUTICO – ENCAMINHAMENTO PARA INTERNAÇÃO – SAÚDE MENTAL		
I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		
Médico Assistente:	CRM:	
II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:	Idade:	Cód Ident PLANSERV:
Data Nascimento:	Sexo: F () M ()	Telefone:
		CID:
III. HISTÓRICO		
Internação Psiquiátrica: () Sim () Não	Última internação em:	
HD: () CAPS: ()	Qual Instituição:	
AMB. SAÚDE MENTAL: ()		
Faz uso de bebida alcoólica? () Sim () Não	Faz uso de outros tipos de drogas (lícita ou ilícita)? () Sim () Não	
	Qual:	
III. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (Assinalar caso o critério esteja presente)		
() Agressividade	() Agitação	
() Abuso de substância psicoativa	() Apragmatismo severo	
() Ideação suicida e/ou Tentativa de suicídio	() Outros sintomas psicóticos. Qual:	
IV. ANAMNESE		
Resumo da História do paciente:		
Descrição Fenomenológica:		
Hipótese Diagnóstica:		
Plano de alta:		
V. FARMACOTERAPIA		
Medicamentos utilizados	Posologia	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
VI. DATA E ASSINATURA		
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)	

ANEXO VIII

PLANO TERAPÊUTICO – PRORROGAÇÃO INTERNAÇÃO – SAÚDE MENTAL		
I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		
Médico Assistente:	CRM:	
II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Data da Internação: __/__/__		
Nome:	Idade:	Cód Ident PLANSERV:
Data Nascimento:	Sexo: F ()	CID:
	Telefone:	
III. CRITÉRIOS QUE JUSTIFICAM A PRORROGAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Agressividade	<input type="checkbox"/> Agitação	
<input type="checkbox"/> delírios persistentes	<input type="checkbox"/> Apragmatismo severo	
<input type="checkbox"/> Ideação suicida e/ou Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Outros sintomas psicóticos. Qual:	
<input type="checkbox"/> Comportamentos que colocam a pessoa em risco		
IV. ANAMNESE		
Resumo da História Atual de Internação: (proposta terapêutica implantada e resultados que justificam a prorrogação)		
Descrição Fenomenológica atual:		
Propostas a serem implementadas:		
Evolução Técnico de Referência:		
Data:	Assinatura e Carimbo (Tecnico de Referencia)	
Plano de alta:		
IV. FARMACOTERAPIA		
Medicamentos utilizados	Posologia	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
V. DATA E ASSINATURA		
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente)	