



CAPS AD III

BEM VIVER

MURIAÉ - MG



Nome do Paciente: _____

Prontuário: _____ . CID: _____ Data: ____/____/____

Justificativa do tratamento no serviço: _____

Objetivo do tratamento no serviço: _____

Previsão do tempo de tratamento no serviço (se houver): _____

Regime de tratamento: () Intensivo () Semi-intensivo () Não intensivo

Frequência ao serviço (especificar dias da semana, horários e quantidade):

() Permanência-dia _____

() Permanência-dia parcial _____

() Atendimento agendado(mencionar quais) _____

Técnico de referência:

Nome: _____

Frequência de atendimentos: _____

Principais questões a serem abordadas no atendimento: _____

Avaliação psicofarmacológica (há necessidade de uso de medicação? () Sim () Não

Nome do Psiquiatra: _____

Frequência das avaliações psiquiátricas: _____

Medicamentos utilizados e dosagem: _____

Participação de atividades no serviço:

() Oficinas: _____

() Passeios: _____

() Reuniões: _____

() Outros: _____



CAPS AD III

BEM VIVER

MURIAÉ - MG



Cuidados especiais com o paciente (ajuda na higiene e autocuidado, uso de medicação, necessidade de cuidados médicos, odontológicos e outros cuidados específicos): _____

Abordagem familiar:

() Visita domiciliar: _____

() Atendimento familiar no serviço: _____

() Participação em grupos familiares: _____

Reinserção social: _____

Alta:

Justificativa: _____

Encaminhamento: _____

Medidas tomadas para a continuidade do tratamento: _____

Definição de metas: _____

Divisão de responsabilidades: _____

Data: ____/____/____ Assinatura e carimbo do TR: _____

OBS.: Para cada ação planejada juntamente com o usuário e/ou seu familiar é importante anotar QUEM será o responsável pela realização desta ação, em QUANTO tempo a fará e COMO?.

