



FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL EM EVENTO DE URGÊNCIA

DADOS GERAIS

Local de atendimento: _____ Data: ____/____/____

Profissional/colaborador: _____

Categoria profissional: _____

Registro profissional: _____

DADOS DO PACIENTE

Nome completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Estado civil: () Casado/a () Solteiro/a () Viúvo/a () União Estável

Escolaridade: _____

Endereço: _____

Contato: _____

ATENDIMENTO

O paciente faz algum acompanhamento em saúde mental?

() Sim. Onde: _____ () Não.

Faz uso de alguma medicação? Quais?

Quais ações foram desenvolvidas?

() Acolhimento individual () Acolhimento familiar () Visita domiciliar () Atendimento a crise () Ação coletiva na comunidade () Ação na escola () Outros _____

Você teve contato direto com o rejeito?

() Sim. () Não.

Algun familiar ou amigo foi diretamente atingido pelo desastre? Como?

Descreva de forma objetiva o quadro psicossocial apresentado:

Encaminhamentos realizados:

() CAPS () UPA () Hospital () PSF () Outros _____ () Não necessita de encaminhamento