Prefeitura Municipal de São João da Pont

Adm.: *"Prosperidade, Paz e Trabalho"* 2009/2012

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SA
SECRETARIA MUNICIPAL DE S

PROJETO TERAPÊUTICO DO SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL - CAPS I

NOME: ____

CPF: ________________ DATA NASC.: ___/___/___ DATA INCR___/___/___PRONTUÁRIO: __________

MÃE: ____________________________ RESPONSÁVEL: ________________________ FONE: ____________

Profissional	Data	Permanência			Perioriodieidade					Acompa-nhamento		Lanche		Almoço		M - Manhã T - Tarde
		1T		2T	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Observação
		M	T													

DIAGNÓSTICO: CID 1________CID 2_______CID 3_______DATA DA ALTA ___/___/___ ( ) ABANDONO

ENCAMINHAMENTO: 1 ( ) Outra especialidade 3 ( ) Urgência clínica 5 ( ) Outro CAPS 7 ( ) Outro serviço
2 ( ) Unidade básica 4 ( ) Centro de conência 6 ( ) Internação psiquiátrica 8 ( ) Ambulatório