



RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS

pg. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

Nº DO PRONTUÁRIO _____ NOME DO PACIENTE _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO _____ NACIONALIDADE _____

RAÇA COR _____ ETNIA INDIGENA _____ NOME DA MÃE _____

NOME DO RESPONSÁVEL _____ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ UF _____

CÓD IBGE MUNICÍPIO _____ CEP DE RESIDENCIA _____ ENDEREÇO (RUA, NÚMERO) _____

COMPLEMENTO _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ADMISSÃO _____ MÊS ATENDIMENTO _____ NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO _____

Usuário de Alcool e/ou Outras Drogas? NÃO SIM Em caso positivo marque uma ou mais alternativas: Alcool Crack Outras Drogas

ORIGEM DO PACIENTE: Demanda Espontânea Atenção Básica Serviço de Urgência
Outro CAPS Hospital Geral Hospital Psiquiátrico

CID10 PRINCIPAL _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____

CID10 CAUSAS ASS _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS _____

EXISTE COBERTURA DE ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? SIM NÃO CNES _____

ENCAMINHAMENTO: Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica Alta Óbito DATA DE CONCLUSÃO _____

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DD/MM)	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
_____	_____	____/____/____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território
_____	_____	____/____/____	_____	_____
CBO DO EXECUTANTE _____	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE _____		<input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS	<input type="checkbox"/> Ação realizada no Território