22 ANEXO

Prefeitura Municipal de São João da Ponte

Adm.: "Tempo de reconstruir" 2017/2020

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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	
		M	T													Observação

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

Digitalizado com CamScanner