

## ANEXO I

<b>FICHA DE ACOLHIMENTO – AMBULATÓRIO - SAÚDE MENTAL</b>	
<b>I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>	
Médico Assistente:	CRM:
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	
Nome:	Sexo biológico: ( ) Masc ( ) Fem ( ) Intersexo
Nome Social:	Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ( ) sim ( ) não
Cód Ident Planserv:	Data Nascimento: Idade:
<b>III. HISTÓRICO</b>	
Tratamento em Saúde Mental anterior? ( ) Sim ( ) Não ( ) Psicoterapia ( ) Psiquiatria ( ) Hospital dia ( ) Internação Psiquiátrica	
Última internação em:	Qual a instituição:
Faz uso de psicofármacos?( ) Sim ( ) Não Quais?	
Faz uso de bebida alcoólica? ( ) Sim ( ) Não Qual frequência?	Faz uso de outros tipos de drogas (lícita ou ilícita)? ( ) Sim ( ) Não Quais:
Histórico familiar de transtorno mental? ( ) Sim ( ) Não Quais:	
<b>CID:</b>	
<b>IV. AVALIAÇÃO CLÍNICA DO BENEFICIÁRIO</b>	
<b>ENCAMINHAMENTO PARA ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO</b> ( ) Individual ( ) Grupo	
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente), ou Nome legível e por extenso com CRM, ou assinatura eletrônica.

## ANEXO II

<b>FICHA DE ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO – AMBULATÓRIO - SAÚDE MENTAL</b>	
<b>I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>	
Psicólogo:	CRP:
<b>II- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	
Nome:	Sexo biológico: ( ) Masc ( ) Fem ( ) Intersexo
Nome Social:	Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ( ) sim ( ) não
Cód Ident Planserv:	Data Nascimento: Idade:
<b>III- ACOMPANHAMENTO</b>	
Modalidade de Atendimento: ( ) Individual ( ) Grupo	<b>CID:</b>
<b>IV- AVALIAÇÃO / EVOLUÇÃO</b>	
Descrever o quadro do paciente e sua evolução, que justifique a continuidade do tratamento.	
<b>V- OBJETIVOS TERAPÊUTICOS</b>	
Local e Data:	Assinatura e Carimbo