

ANEXO III

PLANO TERAPÊUTICO – ENCAMINHAMENTO PARA HOSPITAL-DIA – SAÚDE MENTAL		
Período ____ / ____ / ____ à ____ / ____ / ____		
I- IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL		
Médico Assistente:	CRM:	
II- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Nome:		Sexo biológico: ()Masc ()Fem ()Intersexo
Nome Social:		Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ()sim ()não
Cód Ident Planserv:		Data Nascimento: Idade:
III- HISTÓRICO		
Internação Psiquiátrica: ()Sim ()Não HD: () CAPS: () AMB. SAUDE MENTAL: ()		Última internação em: Qual a instituição: CID ATUAL:
Faz uso de bebida alcoólica? () Sim () Não Qual Freqüência?	Faz uso de outros tipos de drogas (lícita ou ilícita)? () Sim () Não Qual:	
Resumo da história pregressa do paciente:		
IV- Modalidade de Atendimento		
()Intensivo Nº de diárias: _____ (16 até 24 diárias)	() Semi Intensivo Nº de diárias: _____ (08 até 15 diárias)	() Não Intensivo Nº de diárias: _____ (Até 05 diárias)
V- AVALIAÇÃO/JUSTIFICATIVA		
Descrever o quadro do paciente:		
VI- INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA PROPOSTA		
VII. FARMACOTERAPIA		
Medicamentos utilizados	Posologia	Quantidade / mês
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente), ou Nome legível e por extenso com CRM, ou assinatura eletrônica.	Assinatura e Carimbo (Farmacêutico)

ANEXO IV

SAÚDE MENTAL- ALTERAÇÃO DA PRESCRIÇÃO OU MODALIDADE				
I- IDENTIFICACAO DO PROFISSIONAL				
Médico Assistente:		CRM:		
II- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Nome:		Sexo biológico: () Masc () Fem () Intersexo		
Nome Social:		Desejo ser chamado (a) pelo nome social: () sim () não		
Cód Ident Planserv:		Data Nascimento:		Idade:
III- ALTERAÇÃO DA MODALIDADE				
() Mantida	() Intensivo Nº de diárias: (16 até 24 diárias)	() Semi Intensivo Nº de diárias: (08 até 15 diárias)	() Não-Intensivo Nº de diárias: (Até 05 diárias)	() Internação Integral
CID ATUAL:				
Justificativa para alteração da modalidade durante o tratamento:				
VII.FARMACOTERAPIA				
Medicamentos	Posologia	Data da Alteração	Quantidade /mês	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente), ou Nome legível e por extenso e CRM, ou assinatura eletrônica.		Assinatura e Carimbo (Farmacêutico)	

ANEXO V

PLANO TERAPÉUTICO – PRORROGAÇÃO EM HOSPITAL-DIA – SAÚDE MENTAL					
Período _____ / _____ / _____ à _____ / _____ / _____					
I. IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS					
Médico Assistente:	CRM:				
Técnico de Referência:	Nº Conselho de Classe:				
II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome:	Data Nascimento: _____ Idade: _____				
Nome Social:	Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ()sim ()não				
Cód Ident Planserv:	Sexo biológico: ()Masc () Fem () Intersexo				
III. ACOMPANHAMENTO					
Modalidade de Tratamento: () Intensivo () Semi-Intensivo () Não-Intensivo	CID: _____				
Evolução do Médico Psiquiatra:					
Evolução do Psicólogo:					
IV. Oficinas Terapêutica/Atendimentos Individuais					
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Metas para o tratamento e Previsão de Mudança de nível de atenção ou de modalidade assistencial					
Acompanhamento a família durante o tratamento:					
IV. FARMACOTERAPIA					
Medicamentos		Posologia		Quantidade /mês	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
V. DATA E ASSINATURA					
Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente), ou Nome legível e por extenso e CRM, ou assinatura eletrônica.	Assinatura e Carimbo (Farmacêutico)	Assinatura e Carimbo (Psicólogo)		



ANEXO VI