

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	Última internação em:	
HD: () CAPS: ()	Qual a instituição:	
AMB. SAÚDE MENTAL: ()	CID ATUAL:	
Faz uso de bebida alcoólica? () Sim () Não	Faz uso de outros tipos de drogas (lícita ou ilícita)? () Sim () Não	
Qual Frequência?	Qual:	
Resumo da história pregressa do paciente:		
IV- Modalidade de Atendimento		
() Intensivo	() Semi Intensivo	() Não Intensivo
Nº de diárias: ____ (16 até 24 diárias)	Nº de diárias: ____ (08 até 15 diárias)	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- 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- 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 TERAPÊUTICO – 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
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

REGISTRO DE DISPENSA DE MEDICAMENTOS- SAÚDE MENTAL			
Período _____ / _____ / _____ à _____ / _____ / _____			
I- IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
Nome:		CRF:	
II. IDENTIFICAÇÃO PACIENTE			
Nome do Paciente:		Data Nascimento:	Idade:
Nome Social:		Desejo ser chamado (a) pelo nome social: () sim () não	
Cód. Ident. Planserv:		Sexo biológico: () Masc () Fem () Intersexo	
III. MEDICAMENTOS DISPENSADOS			
Período	Medicamento	Dose prescrita	Quantidade Dispensada
VI. ASSINATURA			
1. Declaro ser o responsável pela dispensa do(s) medicamento(s) acima e prestarei informações ao beneficiário, à vigilância sanitária e à equipe envolvida ao suporte medicamentoso, contribuindo para promoção de uma farmacoterapia correta e racional; 2. Autorizo os auditores do Planserv a consultarem documentos do meu serviço que se fizerem necessários.			
Data:		Assinatura e carimbo do farmacêutico:	
Declaro que recebi durante o período citado neste registro, os medicamentos acima listados na quantidade informada.		Assinatura do Paciente ou Responsável:	