

## ANEXO VII

PLANO TERAPÊUTICO – ENCAMINHAMENTO PARA INTERNAÇÃO – SAÚDE MENTAL			
<b>I. IDENTIFICAÇÃO DOPROFISSIONAL</b>			
Médico Assistente:		CRM:	
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
Nome:		Idade:	Cód Ident Planserv:
Nome Social:		Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ( )sim ( ) não	
Data Nascimento:		Sexo Biológico: ( )Masc ( ) Fem ( ) Intersexo	Telefone: CID:
<b>III. HISTÓRICO</b>			
Internação Psiquiátrica: ( )Sim ( )Não HD:( )CAPS: ( ) AMB. SAUDE MENTAL: ( )		Última internação em: <b>Qual Instituição:</b>	
Faz uso de bebida alcoólica? ( ) Sim ( ) Não		Faz uso de outros tipos de drogas (lícita ou ilícita)? ( ) Sim ( ) Não Qual:	
<b>IV. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (Assinalar caso o critério esteja presente)</b>			
() Agressividade		( ) Agitação	
() Abuso de substância psicoativa		( ) Apragmatismo severo	
() Ideação suicida e/ou Tentativa de suicídio		( ) Outros sintomas psicóticos. Qual:	
<b>V. ANAMNESE</b>			
Contexto Clínico e Justificativa:			
Objetivos do Internamento:			
<b>VI. FARMACOTERAPIA</b>			
Medicamentos utilizados			Posologia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
<b>IX. DATA E ASSINATURA</b>			
Local e Data:		Assinatura e Carimbo (Médico Assistente), ou Nome legível e por extenso e CRM, ou assinatura eletrônica.	
		Assinatura e Carimbo (Farmacêutico)	

## ANEXO VIII

<b>PLANO TERAPÊUTICO – PRORROGAÇÃO INTERNAÇÃO – SAÚDE MENTAL</b>			
<b>Período</b> _____ / _____ / _____ à _____ / _____ / _____			
<b>I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL</b>			
Médico Assistente:		CRM:	
<b>II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
Data da Internação: _____ / _____ / _____			
Nome:		Idade:	Cód Ident Planserv:
Nome Social:		Desejo ser chamado (a) pelo nome social: ( )sim ( ) não	
Data Nascimento:	Sexo biológico: ( )Masc ( ) Fem ( )Intersexo	Telefone:	CID:
<b>III. CRITÉRIOS QUE JUSTIFICAM A PRORROGAÇÃO</b>			
( ) Agressividade		( ) Agitação	
( ) delírios persistentes		( ) Apragmatismo severo	
( ) Ideação suicida e/ou Tentativa de suicídio		( ) Outros sintomas psicóticos. Qual:	
( ) Comportamentos que colocam a pessoa em risco			
<b>IV. ANAMNESE</b>			
Histórico Clínico e Justificativa da Prorrogação			
Evolução do Psicólogo (a) :			
Objetivos Terapêuticos Atualizados			
Critérios de Alta e Continuidade Assistencial			
Data:	Assinatura e Carimbo ( Psicólogo)		
<b>IV. FARMACOTERAPIA</b>			
Medicamentos utilizados		Posologia	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
<b>V. DATA E ASSINATURA</b>			
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente), ou Nome legível e por extenso e CRM, ou assinatura eletrônica.		Assinatura e Carimbo (Farmacêutico)