

ANEXO VII

PLANO TERAPÊUTICO – ENCAMINHAMENTO PARA INTERNAÇÃO – SAÚDE MENTAL			
I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
Médico Assistente:		CRM:	
II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
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:
III. HISTÓRICO			
Internação Psiquiátrica: () Sim () Não HD: () CAPS: () AMB. SAÚDE MENTAL: ()		Última internação em:	
		Qual Instituição:	
Faz uso de bebida alcoólica? () Sim () Não		Faz uso de outros tipos de drogas (lícita ou ilícita)? () Sim () Não Qual:	
IV. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (Assinalar caso o critério esteja presente)			
() Agressividade		() Agitação	
() Abuso de substância psicoativa		() Apragmatismo severo	
() Ideação suicida e/ou Tentativa de suicídio		() Outros sintomas psicóticos. Qual:	
V. ANAMNESE			
Contexto Clínico e Justificativa:			
Objetivos do Internamento:			
VI. FARMACOTERAPIA			
Medicamentos utilizados			Posologia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
IX. DATA E ASSINATURA			
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

PLANO TERAPÊUTICO – PRORROGAÇÃO INTERNAÇÃO – SAÚDE MENTAL			
Período ____/____/____ à ____/____/____			
I. IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL			
Médico Assistente:		CRM:	
II. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
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:
III. CRITÉRIOS QUE JUSTIFICAM A PRORROGAÇÃO			
() Agressividade		() Agitação	
() delírios persistentes		() Apragmatismo severo	
() Ideação suicida e/ou Tentativa de suicídio		() Outros sintomas psicóticos. Qual:	
() Comportamentos que colocam a pessoa em risco			
IV. ANAMNESE			
Histórico Clínico e Justificativa da Prorrogação			
Evolução do Psicólogo (a) :			
Objetivos Terapêuticos Atualizados			
Critérios de Alta e Continuidade Assistencial			
Data:	Assinatura e Carimbo (Psicólogo)		
IV. FARMACOTERAPIA			
Medicamentos utilizados		Posologia	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
V. DATA E ASSINATURA			
Local e Data:	Assinatura e Carimbo (Médico Assistente), ou Nome legível e por extenso e CRM, ou assinatura eletrônica.		Assinatura e Carimbo (Farmacêutico)