

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DE POSSE



Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I CUIDAR

Rua: São José, nº 162 - Centro - Santo Antonio de Posse - SP - CEP: 13830 - 094

Fone/fax : (019) 3896 - 22 40

FICHA DE REGISTRO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL

Data: / /

Prontuário:

NOME:

CARTÃO SUS:

CNS:

Data Nascimento: / /

Rua:

№

Bairro:

PSF-Referência:

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

Estado Civil:

Religião:

Escolaridade:

Telephone:

Responsável:

HD:

Encaminhado por:

fármacos em uso:

História Patológica pregressa:



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DE POSSE

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I CUIDAR



Rua: São José, nº 162 - Centro - Santo Antonio de Posse - SP - CEP: 13830 - 094

Fone/fax : (019) 3896 - 22 40

Internações Psiquiátricas anteriores:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Faz uso de bebida alcoólica, fumo, drogas?

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

História de Vida (história gestacional, parto, infância, adolescência)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Paciente será inserido no CAPS? () SIM () NÃO

Se não inserido, será encaminhado para: _____

Profissional que fez contato: _____

Profissional de Referência: _____