

**FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL OU NEUROLÓGICO**

**Identificação da Unidade de Saúde**

1. Número da Ficha de Atendimento: \_\_\_\_\_
2. Município de Notificação: \_\_\_\_\_
3. Unidade Notificadora: \_\_\_\_\_
4. Agente Comunitário de Saúde responsável: \_\_\_\_\_

**Identificação do Cliente**

5. Nome: \_\_\_\_\_
6. Data do Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou Idade presumida: \_\_\_\_\_
7. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
8. Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

**Residência do Cliente**

9. Logradouro: \_\_\_\_\_ Num: \_\_\_\_\_
10. Ponto de Referência: \_\_\_\_\_
11. Município de Residência: \_\_\_\_\_
12. Telefone: \_\_\_\_\_
13. ( ) Sem residência fixa
14. ( ) Morador de rua

**Aspectos da História Psiquiátrica**

15. Internação Psiquiátrica no passado: ( ) Sim ( ) Não
16. Tentativa grave de auto extermínio no passado: Sim ( ) Não ( )
17. Uso contínuo de medicação psiquiátrica no momento: ( ) Sim ( ) Não
18. Situação de abandono e/ou maus tratos: ( ) Sim ( ) Não
19. Cárcere privado: Sim ( ) Não ( )
20. Sem autonomia para auto-cuidado: Sim ( ) Não ( )
21. Já avaliado por equipe de saúde mental: ( ) Sim ( ) Não

**Diagnóstico Psiquiátrico segundo a CID 10 - AP**

22. Diagnóstico 1: \_\_\_\_\_
23. Diagnóstico 2: \_\_\_\_\_
24. Diagnóstico 3: \_\_\_\_\_

**FICHA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL OU NEUROLÓGICO**

**Indicadores Prioritários**

Pessoas:

- A- Que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas
- B- Que apresentam transtorno mental severo e persistente
- C- Egressas de internação psiquiátrica
- D- Com Transtornos convulsivos (epilepsia)
- E- Com tentativas de suicídio
- F- Que fazem uso inadequado de benzodiazepínicos

**Antecedentes Neurológicos**

- 25. Presença dos seguintes agravos: ( ) Epilepsia ( ) Neurocisticercose ( ) Sequela de AVC ( )  
Doença de Parkinson ( ) Outras doenças neurológicas crônicas
- 26. Avaliação neurológica prévia: ( ) Sim ( ) Não
- 27. Em uso de anticonvulsivantes: ( ) Sim ( ) Não
- 28. Em uso de antiparkinsoniano: ( ) Sim ( ) Não
- 29. Outras medicações neurológicas: \_\_\_\_\_

**Tratamento**

- 30. Tipo de acompanhamento: ( ) Acompanhado pelo PSF ( ) Acompanhado pelo CAPS  
( ) Acompanhado pelo PSF e CAPS ( ) Sem acompanhamento regular de nenhum serviço
- 31. Necessita de supervisão para tratamento: ( ) Não ( ) Visitas Domiciliares regulares ( ) Busca  
ativa para consulta ( ) Monitorização domiciliar da medicação
- 32. Medicação de depósito e intervalo da aplicação: ( ) Não ( ) 2 semanas ( ) 3 semanas  
( ) 4 semanas