



GUIA DE REENCAMINHAMENTO CAPS AD III/SIM PR

Nome:	Data de Nascimento:
CPF:	Cartão SUS:
Endereço:	
Telefone:	

DADOS DO ENCAMINHAMENTO

- Unidade que está encaminhando:**

Condições clínicas relevantes desde o último acolhimento do paciente ou consulta no CAPS AD III. Paciente em acompanhamento para transtorno por uso de substâncias (álcool e/ou outras drogas), apresentando a necessidade acolhimento no CAPS AD III, devido a:

- Relato do histórico do usuário, incluindo informações sobre andamento e adesão do paciente ao tratamento ambulatorial realizado no município / motivos para o segundo encaminhamento.
- Evolução clínica desde o primeiro contato com o CAPS AD III.
- Justificativa da necessidade de continuidade e/ou intensificação do acompanhamento.
- Motivação do paciente para o novo acolhimento noturno no CAPS AD III.
- **Quadro clínico e comportamental:** (descrever sinais e sintomas, como abstinência grave, sintomas psiquiátricos associados, compulsão intensa ou riscos de complicações).
- **Histórico recente:** (descrever agravamentos, recaídas, falta de adesão ao tratamento ambulatorial, episódios de intoxicação grave, ou outras situações de risco à saúde).

HISTÓRICO CLÍNICO E TERAPÊUTICO

- Internações anteriores:**

Detalhar se houve internações após realizar o acolhimento no CAPS AD III para desintoxicação (local, período e resposta ao tratamento).

Complicações observadas desde o último acolhimento no CAPS AD III ou nas consultas:
(psiquiátricas, físicas, sociais ou familiares).

SERVIÇOS REALIZADOS

- **Acompanhamento realizado no município:**

Modalidades terapêuticas ofertadas:

- **Adesão do usuário** (ex.: irregularidade nas consultas, abandono do tratamento, dificuldades).
Grau de participação:

Principais dificuldades identificadas:

- **Resultados alcançados até o momento:**

DOCUMENTOS ANEXOS

- Cópias de exames complementares (se houver);
- Relatórios ou pareceres multiprofissionais (psicologia, psiquiatria, serviço social, entre outros);

Profissional Responsável pelo Encaminhamento

Assinatura

Data: ____/____/____