



Guia de encaminhamento para o CAPS AD III/SIM PR
Endereço: Rua Independência, 1983, Toledo – PR | Contato: (45) 3277-1383

IDENTIFICAÇÃO:

Nome:	Nome Social:	
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo: () M () F
Cartão SUS:	CPF:	
RG:	Data de emissão:	
Naturalidade:	Nacionalidade:	
Nome do Pai:	Nome da mãe:	
Acompanhante ou responsável:		

ENDEREÇO/CONTATO:

Rua:	Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone:	Celular:	
Email:		

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO (breve relato do profissional com dados relevantes ao tratamento: substância em uso, tempo de uso, frequência de uso, agravantes pelo uso de substância entre outros).

- Substância(s) em uso: _____
- Tempo de uso: _____

- Frequência de uso: _____
- Prejuízos pelo uso da substância: _____

***Informações complementares obtidas após atendimento e escuta realizada com o paciente:**

Histórico de tratamentos anteriores:**O paciente já realizou tratamento ambulatorial?**

() Sim () Não

Se sim, informe o local e a duração: _____

Descreva como foi o andamento do tratamento ambulatorial:

O paciente já realizou internamentos anteriores?

() Sim () Não

Se sim, informe o local e a duração:

Histórico de Comorbidades:

Registro do histórico de comorbidades do paciente, incluindo informações sobre tratamentos realizados, caso existam.

Medicações em Uso:

Liste as medicações que o paciente utiliza atualmente e medicações que já fez uso no passado. Oriente-o a levar todos os medicamentos no dia da triagem e das consultas.

Histórico Familiar de Uso de Substâncias:

Registro de casos na família relacionados ao uso de substâncias, incluindo detalhes relevantes, se disponíveis. _____

Ações e Atendimentos Realizados por Profissionais do Município:

Detalhe as ações e atendimentos previamente realizados pelos profissionais de saúde do município:

Atendimentos individuais realizados:

- () Consulta médica
- () Psicologia
- () Enfermagem
- () Serviço Social
- () Consulta odontológica

Atendimentos familiares realizados:

- () Atendimento familiar
- () Visita familiar
- () Outras atividades:

O paciente tem apoio da família para realizar o tratamento? Como são os vínculos familiares?

O paciente é acompanhado pela rede do município? (Informar se o paciente é atendimento pelos equipamentos da assistência social como CRAS e CREAS).

OBSERVAÇÕES:**Documentos obrigatórios para o acolhimento/atendimento:**

- Cartão SUS
- RG
- CPF
- Comprovante de endereço
- **Documentos oficiais com foto**

Lembretes:

- A consulta de triagem é a primeira avaliação no serviço, o paciente após esta consulta irá retornar para o município, e aguardar a data marcada para início do acolhimento integral.
- Não dispomos de alimentação para fornecer aos pacientes durante o período em que ficará no serviço para este primeiro atendimento.
- O transporte do paciente é de responsabilidade do município, que deverá combinar com o paciente o horário de retorno.

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável
(em caso de pacientes menores de 18 anos)

Profissionais de Referência que realizaram o atendimento

Nome: _____ Função: _____

Nome: _____ Função: _____

Data do encaminhamento: ____/____/____