| | |
|---|---|
| MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ Terra nossa | ESTADO DE SANTA CATARINA<br>MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE |

## Encaminhamento CAPS I

**Nome**:

| | | |
|---|---|---|
| **Idade**: | **Mas** ☐ **Fem.** ☐ | **CNS**: |

Paciente já foi atendido pelo **CAPS**? SIM ☐ NÃO ☐
**OBS**: Se a resposta for SIM, qual o ano de atendimento? _____

Paciente tem presença de sintomas psicóticos atuais? SIM ☐ NÃO ☐
**OBS**: Se a resposta for SIM descreva: _____

Paciente tem presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais? SIM ☐ NÃO ☐
**OBS:** Se a resposta for SIM descreva como: _____

O paciente apresenta quais sintomas emocionais?
Medos ☐ Tristeza/choro ☐ Irritabilidade ☐ Ansiedade ☐ Isolamento social ☐
Outros: _____

O paciente apresenta sintomas comportamentais?
Sono Alterado ☐ Apetite alterado ☐ Agitação ☐ Tiques ☐
Outros: _____

O paciente apresenta problemas de conduta?
Agressividade ☐ Impulsividade ☐ Comportamento antissociais ☐ Atos infracionais ☐
Outros: _____

Os sintomas acima marcados causam Prejuízo funcional? SIM ☐ NÃO ☐
**OBS**: Se a resposta for SIM, descreva? _____

Se o questionário acima descrito preencher a quantidade mínima de 8 critérios, o paciente deverá ser encaminhado ao CAPS com descrição da queixa no item abaixo:

Descrição de motivos para o encaminhamento:

CID: ☐

_____
Carimbo e assinatura do Profissional

**OBS: O PACIENTE DEVERÁ COMPARECER PARA ACOLHIMENTO COM ESTE DOCUMENTO EM MÃOS**