ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Encaminhamento Piscologia Jovem/Adulto

Nome:

Idade:	**Mas.** ☐ **Fem.** ☐	**CNS**:

Paciente é ou já foi atendido pelo **CAPS**? SIM ☐ NÃO ☐
OBS: Se a resposta for SIM encaminhar direto ao CAPS.

Paciente faz uso abusivo de Álcool e/ou outro tipo de droga? SIM ☐ NÃO ☐
OBS: Se a resposta for SIM encaminhar direto ao Ambulatório de Álcool e outras Drogas.

Paciente está procurando por tratamento para tabagismo? SIM ☐ NÃO ☐
OBS: Se a resposta for SIM encaminhar para cadastrar na fila de espera.

Se os itens acima forem preenchidos com NÃO, para encaminhar ao serviço de psicologia o paciente precisará ter 08 dos critérios abaixo por mais de 06 meses sem acompanhamento prévio, e 03 meses com acompanhamento prévio:

1. Aspectos emocionais e cognitivos:

Alteração do nível de consciência:.....SIM ☐ NÃO ☐
Queixa-se de tristeza/solidão.....SIM ☐ NÃO ☐
Transtorno emocional evidente.....SIM ☐ NÃO ☐
Pensamento desorganizado.....SIM ☐ NÃO ☐
Atenção não preservada.....SIM ☐ NÃO ☐
Orientação auto/alopsíquica não preservada.....SIM ☐ NÃO ☐
Memória não Preservada.....SIM ☐ NÃO ☐
Alteração do sono.....SIM ☐ NÃO ☐

2. **Avaliação de aspecto afetivo emocional**

Dificuldade em tomar uma decisão consciente.....SIM ☐ NÃO ☐
Dificuldade em dispensar afeto de forma correta.....SIM ☐ NÃO ☐
Apresenta um estado de humor deprimido.....SIM ☐ NÃO ☐
Apresenta um estado de humor maníaco.....SIM ☐ NÃO ☐
Apresenta labilidade emocional.....SIM ☐ NÃO ☐
Tem sintomas de Ansiedade.....SIM ☐ NÃO ☐
Apresenta sintomas depressivos.....SIM ☐ NÃO ☐
Sua psicomotricidade esta anormal.....SIM ☐ NÃO ☐

3. Avaliação de aspecto inter relacionais

Dificuldade de relacionamento com amigos.....SIM ☐ NÃO ☐
Trabalha.....SIM ☐ NÃO ☐
Possui conflitos com os colegas de trabalho.....SIM ☐ NÃO ☐
Apresenta dificuldade no relacionamentos familiares.....SIM ☐ NÃO ☐
Tem problema com parceiros(as).....SIM ☐ NÃO ☐

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

Descrição de motivos para o encaminhamento:

CID:

_____
Carimbo e assinatura do medico

OBS: O PACIENTE DEVERÁ COMPARECER PARA TRIAGEM EM PSICOLOGIA COM ESTE DOCUMENTO EM MÃOS APÓS A PRIMEIRA AVALIAÇÃO E CONFORME PONTUAÇÃO, O PACIENTE PODERÁ SER DIRECIONADO PARA ATENDIMENTO INDIVIDUAL OU PARA GRUPO.