MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ Terra nossa	ESTADO DE SANTA CATARINA MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Encaminhamento Infantil (Até 11 anos)

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 apresenta dificuldade de aprendizado sem problemas de comportamento? SIM ☐ NÃO ☐
OBS: Se a resposta for SIM, encaminhar ao acompanhamento psicopedagógico de acordo com o protocolo do serviço.

Paciente apresenta dificuldade no seu desenvolvimento motor sem problemas de comportamento? SIM ☐ NÃO ☐
OBS: Se a resposta for SIM, encaminhar ao acompanhamento com terapeuta ocupacional de acordo com o protocolo do serviço.

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

1. Aspectos emocionais e cognitivos:

Queixa-se de tristeza/solidão.....SIM ☐ NÃO ☐
Transtorno emocional evidente.....SIM ☐ NÃO ☐
Pensamento desorganizado.....SIM ☐ NÃO ☐
Alteração na atenção e concentração.....SIM ☐ NÃO ☐
Sem noção de tempo e espaço.....SIM ☐ NÃO ☐
Problema na memória.....SIM ☐ NÃO ☐
Alteração do sono.....SIM ☐ NÃO ☐

2. **Avaliação de aspecto afetivo emocional**

Tem pouca noção de realidade.....SIM ☐ NÃO ☐
Está atribuindo afeto de forma incorreta.....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 está anormal.....SIM ☐ NÃO ☐

3. Avaliação de aspecto inter relacionais

Tem problemas de relacionamento com amigos/social.....SIM ☐ NÃO ☐
Estuda.....SIM ☐ NÃO ☐
Dificuldade de relacionamento com os colegas.....SIM ☐ NÃO ☐
Apresenta dificuldade nos relacionamentos familiares.....SIM ☐ NÃO ☐

Se o questionário acima descrito preencher a quantidade de 6 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 médico

OBS: O PACIENTE DEVERÁ COMPARECER PARA TRIAGEM EM PSICOLOGIA COM ESTE DOCUMENTO EM MÃOS