ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE XAXIM - SC
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ACS: _____
Telefone / Contato: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: _____
CNS: _____

Nome: _____
Data de Nasc.: ____/____/____ Idade: _____
Naturalidade: _____ Sexo: ( ) M ( ) F Estado Civil: _____
Escolaridade: _____ Religião: _____ Profissão: _____
Local de Trabalho: _____ CPF: _____ RG: _____ Data Exped.: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Ponto de Referência: _____
Celular: _____
Telefone: _____ Contato: _____

Unidade a que pertence: ( ) ESF: _____
( ) PACS (micro área) _____
Encaminhamento: _____
Data do Cadastro: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS

Mãe: _____
Pai: _____
Cônjuge: _____
Responsável: _____

Dependência Química: *Qual:*_____

( ) Sim ( ) Não

Dependência de Álcool:

( ) Sim ( ) Não *Quanto Tempo:*_____

Fumante:

( ) Sim ( ) Não *Quanto Tempo:*_____

Internação / Tratamento:

( ) Sim ( ) Não *Quanto Tempo:*_____

( ) Clínica

( ) CAPS

*Posterior ao Internamento:*_____

Tipo de internação:

( ) Voluntário

( ) Involuntário *Solicitante:*_____

( ) Judicial

( ) Procura Espontânea

Histórico de Recaídas:

*Diagnóstico I:*_____ *CID:*_____

*Diagnóstico II:*_____ *CID:*_____

*Diagnóstico III:*_____ *CID:*_____

Medicação em uso / Data da primeira avaliação:

Observação / Motivo do Encaminhamento: