

Caso inserido ( )NÃO ( )SIM

Profissional responsável: \_\_\_\_\_

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Acolhimento**

Retriagem: ( )SIM ( )NÃO

• **Dados Pessoais:**

Nome: \_\_\_\_\_  
CNS Nº: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ D.N.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Feminino ( )Masculino

Filiação: Mãe: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Situação: ( )Ativo ( ) Inativo (especificar) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ USF referência: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Fone recado: \_\_\_\_\_ falar com: \_\_\_\_\_

Informantes: \_\_\_\_\_

Fonte de encaminhamento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico do encaminhamento: \_\_\_\_\_

Acompanhamento Psiquiátrico anterior: ( )NÃO ( )SIM (especificar) \_\_\_\_\_

• **Queixas principais:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• **Histórico das queixas:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alucinações auditivas: ( )NÃO ( )SIM (especificar) \_\_\_\_\_

Alucinações visuais: ( )NÃO ( )SIM (especificar) \_\_\_\_\_

Tentativa/ Ideação Suicida: ( )NÃO ( )SIM (especificar) \_\_\_\_\_

Internações Psiquiátricas anteriores: ( )NÃO ( )SIM Quantidade: \_\_\_\_\_  
Última em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Psicoterapia anterior: ( )NÃO ( )SIM Duração: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

- Medicações em Uso/ Prescrito por:

---

---

---

- Histórico de vida:

Infância: \_\_\_\_\_

Adolescência: \_\_\_\_\_

Relacionamentos conjugais: \_\_\_\_\_

Filhos: ( )NÃO ( )SIM Quantidade: \_\_\_\_\_ Idades: \_\_\_\_\_

Relacionamentos familiares: \_\_\_\_\_

Uso de drogas: ( )NÃO ( )SIM (especificar): \_\_\_\_\_

Uso de álcool: ( )NÃO ( )SIM (especificar): \_\_\_\_\_

Uso de tabaco: ( )NÃO ( )SIM (especificar): \_\_\_\_\_

- Outras doenças tratamentos: \_\_\_\_\_

- Antecedentes familiares: ( ) doença psiquiátrica \_\_\_\_\_

- Composição familiar (somente da mesma residência):

Nome	Idade	Parentesco

- Renda familiar total: R\$ \_\_\_\_\_ /mês
- Residência: ( )própria ( )aluguel (valor) \_\_\_\_\_ ( )cedida

- Outras observações:
- 
- 
- 

- Conclusão do caso:
- 
- 
-