

16

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: _____

Data Nascimento: _____

Sexo: ☐ Masc.

☐ Fem.

coloque um " X "

Nome da mãe: _____

Fone do Paciente (com DDD): _____

(99) 9999 - 9999

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Unidade solicitante: _____

Cidade: _____

Fone do Paciente (com DDD): _____

(99) 9999 - 9999

Nome do médico solicitante: _____

CRM do médico solicitante: _____

Data Nascimento: _____

Hora da solicitação: _____

RESUMO DO QUADRO CLÍNICO

Data do início da doença : _____

Numero de internações psiquiátricas: _____

Local de seguimento extra-hospital: _____

Quanto tempo sem uso regular de medicação: _____

meses

Nível de consciência: ☐

Vigilante

☐

Obnubilado

☐

Torporoso

(Coloque um " X " nos itens Positivos)

Tentativa de suicídio ☐

Hetero-agressividade ☐

Agitação psicomotora ☐

Risco de suicídio ☐

Risco de Hetero-agressividade ☐

Catatonia ☐

Negativismo ☐

Quadro delirante alucinatório ☐

Contingência sócio familiar ☐

Patologia orgânica concomitante _____

Hipótese diagnostico 1 _____

Hipótese diagnostico 2 _____

Observações: _____
