

FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO

Município de Residência: _____ Data do Encaminhamento: _____
 Profissional Responsável: _____ Data de Recebimento no CIS: _____

DADOS PESSOAIS

Nome Completo: _____ Identidade: _____
 Telefone: _____ Data Nasc.: _____ CNS: _____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO - SAÚDE MENTAL

Instruções de preenchimento:

- 1) Circule o número correspondente ao sinal/sintoma
- 2) Realize a somatória dos números circulados
- 3) O total de pontos bruto será o escore para a Estratificação de Risco.

Sinais e Sintomas		Não	Sim
Grupo I	Ansiedade com ou sem sensação de pânico	0	4
	Insônia ou hipersonia	0	2
	Fobia (medo intenso de algo sem risco real)	0	2
	Crises conversivas e/ou dissociativas	0	2
	Alterações do apetite ou comportamento alimentar	0	2
	Preocupação excessiva com o peso ou forma corporal	0	2
	Hipocondria e/ou queixas físicas infundadas	0	2
	Pensamento/comportamento obsessivo-compulsivo	0	2
	Pensamento de inutilidade e/ou sentimento de culpa	0	4
	Tristeza persistente com perda de interesse e prazer e/ou desesperança	0	4
	Prejuízo da atividade sexual	0	2
	Desorientação temporal e/ou espacial	0	2
Grupo II	Ideação suicida sem planejamento	0	4
	Ideação suicida com planejamento ¹ ou recente tentativa de suicídio	0	10
	Apatia com ou sem isolamento social	0	4
	Humor instável com impulsividade ou destrutividade	0	6
	Heteroagressividade e/ou autoagressividade	0	8
	Desinibição social, sexual ou perda de pudor	0	4
	Hiperatividade motora	0	4
	Humor elevado, expansivo, irritável ou eufórico	0	4
	Delírio (pensamento)	0	8
	Alucinação (sensopercepção)	0	8
	Alteração do curso e/ou da forma do pensamento	0	6
	Perda da capacidade crítica da realidade	0	8
Alteração da memória	0	2	
Grupo III	<i>Delirium tremens</i>	0	10
	Sinais ou sintomas de abstinência ao uso continuado de álcool e/ou drogas	0	8
	Incapacidade de redução e controle do consumo de álcool e/ou drogas	0	8
	Comportamento de risco, para si ou terceiros, sob efeito de álcool e/ou drogas	0	8
	Tolerância ao efeito do consumo de álcool e/ou drogas	0	6
Uso abusivo de álcool e/ou drogas	0	8	

¹ Caso o usuário apresente ideação suicida com planejamento e com acesso a um método, associado a um transtorno mental (especialmente depressão ou abuso de substâncias), desespero, presença de delírio ou alucinação ele deverá ser encaminhado imediatamente a serviço de urgência.

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Alergia Medicamentosa: _____

Automedicação: _____

Medicamentos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição (pública, doação e ou privada)

TERAPIA NÃO MEDICAMENTOSA

Modalidade	Sim	Não	Frequência Semanal
Acompanhamento/Orientação Alimentar			
Exercícios Físicos			
Grupo (s):			
Psicoterapia			
Espiritualidade			
Práticas Integrativas Complementares			
Atividades de Lazer			

Local e Data_____
Assinatura/Carimbo do Solicitante**PARA USO DO CONSÓRCIO****DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO**

Motivo da Devolução: _____

Data da Devolução: _____ Assinatura: _____
