

**FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES PARA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA (CONFIDENCIAL)
(DOCUMENTO CONFIDENCIAL PARA USO PELA REDE ORGÂNICA OU CREDENCIADA PARA FINS DE AUTORIZAÇÃO)
Refs: Lei 10.216/2001 e Portaria nº251/GM/2002**

HOSPITAL/CLÍNICA REFERENCIADA: _____

1 - Identificação do paciente:

Nome: _____ Idade: _____

Nº MARÍCULA IPSM: _____ Nº Cartão beneficiário: _____

Endereço do paciente: _____ Nr _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Telefone Residencial: _____

Unidade (Batalhão) de vinculação: _____ Cidade _____

Familiar ou Responsável pelo paciente: _____

Endereço do Responsável: _____ Telefone do Responsável: _____

2- SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE

a) Quadro clínico atual: principais sintomas, hipótese diagnóstica com CID:

b) Breve histórico da patologia (início/ evolução dos sintomas e comorbidades conhecidas):

c) O paciente realiza tratamento psiquiátrico ambulatorial?

Não (Sim Rede orgânica Rede Credenciada Nome do médico: _____

d) Medicamentos em uso:

Motivos para a indicação de internação atual

(marque mais de uma opção, se houver):

a) Riscos para si

b) Riscos para terceiros

c) Refratário ao tratamento ambulatorial

d) Agitação psicomotora

e) Síndrome delirante alucinatória

f) Síndrome mental orgânica

g) Dependência química

h) Ausência de suporte familiar ou condições para o tratamento ambulatorial

Médico responsável pelo encaminhamento: _____

Data: ____/____/____

Assinatura / CRM do Médico (carimbo): _____

Unidade (Rede orgânica) /Clínica (Rede credenciada): _____

Telefone: _____