



FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO – HOSPITAL DIA PSIQUIÁTRICO

Para autorização inicial, o médico assistente deve enviar o formulário para o e-mail saude.mental@ipsm.gov.br contendo:

I - Dados do beneficiário:

Nome:

Idade:

Número do cartão IPISM:

Matrícula IPISM:

Data da admissão no Hospital Dia:

Dependente

PM

BM

II - Dados do prestador

Nome do prestador:

CNPJ:

III - Descrição do quadro psiquiátrico e CID primário:

IV - Comorbidades:

V - Justificativa da indicação para Hospital Dia (informar as atividades indicadas):

VI - Indicação da frequência por semana (diária):



FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO – HOSPITAL DIA PSIQUIÁTRICO

Observação: O plano individual terapêutico deve ser inserido no prontuário do beneficiário após 30 dias de internação e enviado por e-mail quando o prestador solicitar a prorrogação da internação no Hospital Dia. Quando houver qualquer alteração no plano individual, o novo plano deve ser inserido no prontuário do beneficiário.

O plano deve conter as seguintes informações:

1) Atividades desenvolvidas:

- Atividade individual: psiquiatria, psicoterapia, medicações;
- Atividades em grupo: grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, dentre outras;
- Atendimento à família;
- Atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente na comunidade e sua inserção social.

2) Informar a frequência semanal.

3) Informar horário de entrada e de saída do beneficiário.

4) Nome e assinatura do profissional responsável pelo Plano Individual Terapêutico.