



CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ACOLHIMENTO (frente)

Data: __/__/__

Nome: _____ DN: __/__/__ Ocupação: _____
Filiação: _____ Religião: _____
Estado Civil: _____ Cônjuge: _____ Instrução: _____
Composição familiar: _____
Endereço: _____ Telefone: _____
CNS: _____ Outros documentos: _____

Motivo da consulta: _____ Encaminhado por: _____
Queixa atual e histórico: _____

Histórico Pessoal (fatos relevantes, desenvolvimento escolar, psicomotor, afetivo, social, profis., ect)

História Clínica

- ☐ Doenças neurológicas
- ☐ Crises convulsivas/ epilepsia
- ☐ Diabetes
- ☐ Cirurgias
- ☐ Traumatismos

- ☐ Hipertensão arterial
- ☐ Cardiopatia
- ☐ Tireóide
- ☐ Alergias
- ☐ Outros

Uso de medicações: _____

Acolhimento (verso)

Antecedentes Familiares (especificar doença e parentesco)

- () Doenças psiquiátricas
- () Dependência química
- () Doenças neurológicas
- () Doenças Clínicas

Exame Psíquico

- Aparência e atitude
- Consciência, orientação, atenção
- Comportamento e atividade psicomotora
- Fala e Linguagem
- Pensamento (curso, forma, conteúdo, distúrbios)
- Humor e afeto
- Memória
- Inteligência/ capacidade de abstração
- Impressões/ parecer/ conduta da equipe

Profissional responsável: