25 25

Prefeitura Municipal de Carmo do Paranaíba
Secretaria Municipal de Saúde
CENTRO DE ATENÇÃO PSCIOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS AD II
Fone: (34) 3851-1935 E-mail: capsad@carmodoparanaiba.mg.gov.br

FICHA DE ACOLHIMENTO

DADOS DO PACIENTE	Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____ Mãe: _____ Endereço: _____ Fone: _____ ESF: _____ Prontuário Eletrônico: _____ CNS: _____ CPF: _____ RG: _____

Encaminhamento:
( ) Espontâneo
( ) Referenciado: _____

QUEIXA PRINCIPAL	( ) Abuso de SPA. Quais: _____ Freqüência: _____ Tempo de abstinência: _____ Histórico familiar de uso: _____ Histórico de internações: _____ ( ) Tentativa de auto-extermínio. Quando: _____ Outras informações: _____

ESTADO MENTAL	Comportamento/humor: ( ) Normal ( ) Com alterações. Quais: _____ Senso percepção: ( ) Alucinação. Quais: _____ ( ) Delírio. Quais: _____