

# ANAMNESE PARA INTERNAÇÃO

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SEXO: ( )M ( )F Nº CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

LOCAL DE PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_ IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

QUAL O MOTIVO DA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA? INFORMAR SINAIS E SINTOMAS ATUAIS.

JÁ REALIZOU OUTRO TRATAMENTO PSQUIÁTRICO? QUAL FOI O MOTIVO? QUAL MEDICAÇÃO PSQUIÁTRICA ESTÁ FAZENDO USO ATUALMENTE?

POSSUI OUTRAS DOENÇAS? ( )SIM ( )NÃO

( )HIPERTENSÃO ( )DIABETES ( )ASMA ( )DPOC ( )CRISES CONVULSIVAS ( )TUBERCULOSE

( )RETARDO MENTAL LEVE ( )RETARDO MENTAL MODERADO ( )RETARDO MENTAL GRAVE

( )ALERGIA Qual: \_\_\_\_\_

( )DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL Qual: \_\_\_\_\_

( )DISTÚRBIOS CARDIOVASCULARES Qual: \_\_\_\_\_

CASO TENHA ASSINALADO UMA DAS DOENÇAS ACIMA, RELATE QUAIS MEDICAÇÕES NECESSITA FAZER USO.

( )EDEMA - local: \_\_\_\_\_ ( )LESÕES - local: \_\_\_\_\_ ( )FERIDAS - local: \_\_\_\_\_

NECESSITA DE CUIDADOS ESPECÍFICOS OU SUPERVISÃO CONSTANTE? ( )SIM ( )NÃO

NECESSITA DE AUXÍLIO PARA HIGIENE PESSOAL: ( )SIM ( )NÃO

UTILIZA FRALDA? ( )SIM ( )NÃO

UTILIZA Sonda VESICAL, NASOGÁSTRICA OU ENTERAL? ( )SIM ( )NÃO

NECESSITA DE AUXÍLIO PARA DEAMBULAR? ( )SIM ( )NÃO

POSSUI ACEITAÇÃO DA DIETA? ( )SIM ( )NÃO

NECESSITA DE AUXÍLIO PARA SE ALIMENTAR? ( )SIM ( )NÃO

EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA INTERNAÇÃO:

1) Teste Rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B (Anti-HBs) e Hepatite C (Anti-HCV). 2) Pacientes Femininos: Teste Rápido de Gravidez

TIPO DA INTERNAÇÃO: ( ) INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA ( ) INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA ( ) INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

FAMILIAR RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ CONTATO: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

CONTATO TELEFÔNICO

TODOS OS CAMPOS DA ANAMNESE DEVERÃO SER OBRIGATORIAMENTE PREENCHIDOS PELO MÉDICO. O

NÃO PREENCHIMENTO DOS CAMPOS IMPLICARÁ NA NÃO ACEITAÇÃO DO PACIENTE\*\*\*

MATERIAIS DE HIGIENE NECESSÁRIOS PARA A INTERNAÇÃO DO PACIENTE: escova dental; creme dental; sabonetes; shampoo; barbeadores descartáveis; par de chinelos ou sapato que não tenha cadarço; absorventes; roupas íntimas; desodorante.

HORÁRIOS DE INTERNAÇÃO: 07:00 ÀS 12:00, DAS 13:00 ÀS 18:00 E DAS 19:00 ÀS 06:00 HORAS

NÃO SERÃO ACEITAS INTERNAÇÕES SEM ANAMNESE PREENCHIDA PELO MÉDICO E ENCAMINHADA A ESTA CLINICA PARA AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE VAGA ANTES DO PACIENTE SER ENCAMINHADO

NÃO SERÃO ACEITAS INTERNAÇÕES SEM CÓPIA DO CARTÃO SUS DO PACIENTE