

Município de Residência: \_\_\_\_\_ Código do Paciente: \_\_\_\_\_

Profissional Responsável: \_\_\_\_\_ Data de Recebimento no CIS: \_\_\_\_\_

Data da Estratificação: \_\_\_\_\_ Recebido no CIS por: \_\_\_\_\_

**DADOS DO PACIENTE**

ID: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dt Nasc: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO -**

**Sinais e Sintomas**

**PONTUAÇÃO:**

Ansiedade ou medo persistente, sem causa ou explicação definida, que pode se manifestar com sudorese, tremor, taquicardia, sintomas digestivos e/ou sensação de morte iminente.

Insônia ou hipersonia.

Alterações do apetite ou comportamento alimentar.

Queixas físicas (somáticas) persistentes sem causa aparente e/ou hipocondríacas.

Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa (situações nas quais não há vinculação com a realidade).

Tristeza persistente acompanhada de perda de interesse e prazer e/ou desesperança sem causa aparente.

Ideação suicida sem planejamento.

Apatia, diminuição do desempenho social, distanciamento afetivo e/ou afastamento do convívio social e familiar.

Delírio (ideias criadas e/ou distorcidas da realidade cuja correção não é tolerada).

Perda da capacidade de julgamento da realidade sem que haja consciência ou noção desta alteração.

Alteração da memória (perda, excesso ou lapso).

Dificuldade de compreender e/ou transmitir informação através da fala e linguagem no período de desenvolvimento infantil.

Dificuldade para adquirir e desenvolver as habilidades escolares.

Desatenção com interrupção prematura de tarefas e/ou deixando tarefas inacabadas.

Resistência ao tratamento, refratariedade ou não adesão.

Recorrência ou Recaída (02 meses após desaparecimento dos sintomas).

Exposição continuada ao estresse ou evento traumático acima do individualmente suportável.

Vulnerabilidade social.

Histórico familiar de transtorno mental / dependência química / suicídio.

Comorbidade ou outra condição crônica de saúde associada.

Abandono e/ou atraso escolar.

**HISTÓRIA PREGRESSA**

**PLANO DE CUIDADO NA APS**

Local e data

Assinatura/Carimbo do Solicitante

**PARA USO DO CONSÓRCIO  
DEVOLUÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO**

Motivo da Devolução: \_\_\_\_\_

Data da Devolução: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_