



Telefone: 219341138  
e-mail: acsmo.equipa@gmail.com  
Rua Dário Cannas, 4, 3º Dtº2675 - 325 ODIVELAS

acsmo

ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA DE SAÚDE MENTAL DE ODIVELAS

## Ficha de Encaminhamento para o Fórum Sócio-Ocupacional

### I - Identificação do Utente

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Familiar de Referência: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

### II - Identificação do Médico Psiquiatra Assistente

Nome: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### III - Informação sobre a Doença Psiquiátrica

Perturbações Cognitivas	
Perturbações Mentais Secundárias a um Estado Físico Geral	
Perturbações relacionadas com Substâncias	
Esquizofrenia / Perturbações Psicóticas	
Perturbações do Humor	Qual: _____
Perturbações da Ansiedade	
Perturbações do Sono	
Perturbações da Personalidade	Qual: _____
Perturbações Somatoformes	
Perturbações Factícias	
Perturbações Dissociativas	
Perturbações Sexuais e de Identidade de Género	
Perturbações do Comportamento Alimentar	
Perturbações do Controlo dos Impulsos s.o. Especificação	
Perturbação de Adaptação	

Internamentos Anteriores:

Não	Sim	Último internamento: ____/____/____
-----	-----	-------------------------------------

Fase actual da doença:

Melhorada	Estabilizada	Agravada
-----------	--------------	----------



Telefone: 219341138  
e-mail: acsmo.equipa@gmail.com  
Rua Dário Cannas, 4, 3º Dtº2675 - 325 ODIVELAS

acsmo

ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA DE SAÚDE MENTAL DE ODIVELAS

## IV – Plano Terapêutico

### Medicação

Medicamentos	P. Almoço	Almoço	Lanche	Jantar	Deitar

Adere à medicação prescrita? \_\_\_\_\_

### Periodicidade média das consultas psiquiátricas:

Semanal	Quinzenal	Mensal	Trimestral	Semestral
---------	-----------	--------	------------	-----------

## V – Informação adicional

Historial de consumos tóxicos, actuais ou anteriores? \_\_\_\_\_

Comportamentos disruptivos, impeditivos de participar em actividades de grupo? \_\_\_\_\_

Motivação para integrar o fórum? \_\_\_\_\_

## VI – Motivo do encaminhamento para o Fórum Sócio–Ocupacional

- Inserção / Reinserção profissional \_\_\_\_
- Reinserção sócio-familiar \_\_\_\_
- Treino de competências sociais \_\_\_\_
- Promoção de hábitos de vida saudáveis \_\_\_\_
- Ocupação dos tempos livres \_\_\_\_
- Outro \_\_\_\_\_

## VII – Observações / Sugestões

---

---

---

Técnico responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Anexar a esta ficha de encaminhamento:

- Atestado médico comprovativo de doença mental crónica
- Atestado médico comprovativo de condições de saúde física para poder estar em grupo
- Fotocópia do Cartão do Cidadão