CHUC
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

# SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

**Director**: Dr. Reis Marques

## Centro de Prevenção e Tratamento do Trauma Psicogénico

### FICHA DE ENCAMINHAMENTO

**Quem encaminha?** Assinalar com (X):
**( ) URGENTE** (resposta em 48 H) / **( ) NÃO URGENTE** (1ª Consulta a marcar na reunião semanal da equipa)

**Instituição/Serviço** _____

**Técnico** _____ **Contacto** _____ **Data do pedido** ____ / ____ /_____

**1. Identificação d@ utente**

**Nome** _____
**Idade** _____ **Data de Nascimento** ___/ ___/ _____ **Estado Civil** _____
**Filiação: Pai** _____ **Mãe** _____
**Profissão** _____ **Situação Profissional** _____
**Residência** _____
**Nº BI/CC** _____ **Nº C. Contribuinte** _____ **N.º Utente** _____
**Outro Subsistema de Saúde** _____ **N.º** _____

**2. Tem Proc. Clínico anterior no CHUC?** Assinalar com (X): **Sim ( ) / Não ( )**. Se a resposta for positiva, nº do **PU** _____
**Especialidade(s)** _____

**3. Com quem coabita?**

| Nome | Parentesco | Idade | Estado Civil | Profissão/Sit. na profissão |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

**4. Acerca do evento** (potencialmente) **traumático que motivou a presente crise:** **4.1 Quando ocorreu? ___ / ___ /____**
**4.2 Descrição** _____
_____
_____
_____

**4.3 Impacto** (ex.: na saúde/sint. clínica, nas relações íntimas, no desempenho laboral, na actividade social, etc.)
_____
_____
_____
_____

**5. Relativamente aos antecedentes pessoais:**

**5.1 Exposição anterior a evento(s) potencialmente traumático(s)** (incluir a infância). Assinalar com (X): **Sim ( ) / Não ( )**. Se a resposta for positiva: **Como o(s) vivenciou / impacto?** _____
_____
_____
_____

**5.2 História anterior de doença psiquiátrica.** Assinalar com (X): **Sim ( ) / Não ( )**. Se a resposta for positiva, especifique: _____
_____
_____

**5.3 História anterior de doença orgânica**. Assinalar com (X): **Sim ( ) / Não ( )**. Se a resposta for positiva, especifique: _____

**Coordenador do CPTTP**: Dr. João Redondo
**Secretariado**: Maria Loureiro
**Contactos:** Telf. do Secretariado 239 400494 (9:00H - 13:00H /14:00H - 17:00H, de 2ª a 6ª feira)
TMs (*) 96 4931553 / 96 4930212 (08:30 H-16:00 H, todos os dias da semana)
*(*) A utilizar só por profissionais de saúde, caso seja necessária uma resposta em 48 H.*
e-mail: cpttp2013@huc.min-saude.pt

_____
_____

**6. Diagnóstico actual**

**6.1 Doença psiquiátrica** _____

**6.2 Doença orgânica** _____

**6.3 Situação Social / Outras problemáticas** _____
_____
_____

**7. Intervenção(ões) já realizada(s) até ao momento** (incluir medicação prescrita)**; nome(s) e contacto(s) do(s) Profissional(ais) envolvido(s)**
_____
_____
_____
_____
_____

| Nome | Instituição | Contacto(s) |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**8. Motivo do Encaminhamento para o CPTTP** _____
_____

**9. Contacto(s) da vítima (Telf./TM/ Outro). Se não for d@ própri@, especificar** _____
_____

**NOTAS:** _____
_____
_____
_____
_____

**A preencher pela Equipa do CPTTP**. Assinalar com (X)

***Encaminhado para o CPTTP por TM ( ). Quem recebeu a chamada:*** _____

**DATA DA 1ª CONSULTA** ____/____/____ **HORA** ____ ____ **H** **LOCAL** _____

***Sinalizado ao CPTTP por mail, correio interno ou outra via ( )***

**APRESENTADO NA REUNIÃO DE EQUIPA EM:**____/____/____ **ENCAMINHAMENTO** _____

**DATA DA 1ª CONSULTA** ____/____/____ **HORA** ____ ____ **H** **LOCAL** _____

**QUEM VEM À CONSULTA:** _____

**TÉCNICO(S) RESPONSÁVEL(IS) PELO ACOLHIMENTO NO CPTTP:** _____

**Coordenador do CPTTP**: Dr. João Redondo
**Secretariado**: Maria Loureiro
**Contactos:** Telf. do Secretariado 239 400494 (9:00H - 13:00H /14:00H - 17:00H, de 2ª a 6ª feira)
TMs (*) 96 4931553 / 96 4930212 (08:30 H-16:00 H, todos os dias da semana)
*(*) A utilizar só por profissionais de saúde, caso seja necessária uma resposta em 48 H.*
e-mail: cpttp2013@huc.min-saude.pt