Ministério da Saúde

Serviço de Violência Familiar

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

1 - Identificação do utente

Nome _____
Idade_____ **Data de Nascimento** _____ **Estado Civil** _____
Profissão _____ **Situação Profissional** _____
Residência_____

2.Quem encaminha

Instituição / Serviço _____

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

3. Quem cohabita no mesmo agregado familiar

Nome	Parentesco	Idade	Est. Civil	Profissão	Local Resid.
Contacto seguro da Vítima	Telef. / TM:			Outro:	

4. Descrição do problema. Avaliação do risco / Perigo associado à situação

_____
_____
_____
_____

5. Intervenção(ões) já realizada(s) até ao momento.
Nome(s) e Contacto(s) do(s) Técnico(s) envolvido(s)

_____
_____
_____
_____

Nome	Instituição	Contactos

6. Motivo do Encaminhamento para o SVF

_____
_____
_____

Coordenador do Serviço de Violência Familiar: Dr. João Redondor, Médico Psiquiatra

Secretariado: Isilda Teixeira
9:00H /13:00H – 14:00H / 17:00H
Telef: 239796400 – Ext. 412 E.mail:svf@chpc.min-saude.pt

NOTAS:

7. A preencher pelo SVF

Data de entrada no SVF _____ / _____ /_____

Discutido em reunião de equipa em: _____ / _____ /_____ **Encaminhamento** _____

Data marcada para a 1ª consulta _____ / _____ / _____

Quem vem à Consulta: _____

Técnicos responsáveis pelo Acolhimento _____