

## FICHA COMPLEMENTAR – SINAIS DE ALERTA PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Nome completo:		Data de Nascimento:	
Nome Social:		Sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
CNS cidadão:		Microárea:	
<b>Questões Norteadoras</b>			
<b>1. Existe comprometimento funcional, tais como:</b>			
a. O usuário deixou de ir à escola?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
b. O usuário deixou de ir ao trabalho?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
c. O usuário deixou de fazer tarefas domésticas que fazia com naturalidade antes?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
<b>2. Palavras como “mais nervoso”, “está surtado”, “enlouqueceu”, “sem forças”, são relacionadas ao usuário?</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Se sim, quais:			
<b>3. O usuário já tentou se machucar ou se matar?</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
<b>4. Existe relato de agressividade do usuário contra outras pessoas?</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
<b>5. Há um consumo de substâncias lícitas ou ilícitas que esteja prejudicando a sua rotina?</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
<b>6. Há relato de dificuldade escolar?</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
<b>7. Houve alguma mudança no comportamento, ou seja, o usuário está se comportando de uma forma diferente do habitual?</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
<b>8. O usuário está falando coisas sem sentido, ou está confuso?</b>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
<b>Registrado por:</b>	<b>Data:</b>		