

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO E PRORROGAÇÃO PSIQUIÁTRICA



Dados do Beneficiário

Nome do beneficiário **CRISTINA MARIA DE MATOS**

Idade \_\_\_\_\_ Código da Carteira **034 3200001227007**

Dados do Prestador

Nome do Prestador Solicitante  
**FDM CLINICA TERAPEUTICA - Cod. Da Operadora 180104416**

Internação	<input checked="" type="checkbox"/>	Prorrogação	<input type="checkbox"/>	Hospital Dia	<input checked="" type="checkbox"/>	Data da Internação Atual	<b>22/07/2024</b>
------------	-------------------------------------	-------------	--------------------------	--------------	-------------------------------------	--------------------------	-------------------

Datas Internações Anteriores :

1. \_\_\_\_\_

2. **Familia não informou**

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

Diagnostico atual \_\_\_\_\_ CID: CID 10: F32.2

1. Laudo com justificativa da internação/prorrogação:

Atesto para os devidos fins, que o (a) paciente acima citado, está em acompanhamento para quadrode CID: 10 F32.2, apresentando sintomas atuais de Isolamento social, vontade de desistir, sentimento de culpa, de ser um peso/fardo para as pessoas que ama há 2 anos.  
História da doença atual: Paciente queixa-se de Isolamento social, vontade de desistir, sentimento de culpa, de ser um peso/fardo para as pessoas que ama há 2 anos.  
Está fazendo ECT (segunda, quarta e sexta) com melhora parcial do quadro (diminuiu angústia, tristeza)- tanto a paciente quanto o companheiro percebem essa melhora.  
EXAME MENTAL: consciencia vigíl, orientada auto e alopsiquicamente, atenção normotenaz normovigíl, hipotímico, baixa modulaçãoafetiva, sem alterações de senso percepção, sem alterações de juízo da realidade, sem alterações de psicomotricidade.

2. Plano terapêutico atualizado:

Paciente seguirá em acompanhamento multiprofissional e vinculado as PICS (Práticas Integrativas Complementares) nelas estão inclusas: teatro, musicoterapia, pilates, psicoeducação alimentar e individual, terapia comunitária integrativa, cuidados de enfermagem e nutrição.

3. Planejamento de Alta:

solicito acompanhamento em Unidade De Hospital dia , sem planejamento de alta

4. Período:

( 22/07/2024 ) a ( 31/07/2024 ) - Diárias Solicitadas ( 06 ) Tratamento na semana ( 3x -Segunda,terça e quarta. )

5. Acomodação:

HOSPITAL DIA PSIQUIATRIA ( MEIO TURNO - MANHÃ OU TARDE) - Cod. 60000791	<input type="checkbox"/>
DIÁRIA DE ENFERMARIA DE PSIQUIATRIA - Cod. 60034416	<input checked="" type="checkbox"/>
DIÁRIA DE APARTAMENTO SIMPLES DE PSIQUIATRIA - Cod. 60000570	<input type="checkbox"/>

OBS:

Dados do Médico Solicitante

Nome do medico  
DENNISON MONTEIRO

CRM \_\_\_\_\_ Especialidade - CBO  
21061-PE 225133 - Médico psiquiatra

Assinatura do Médico:

Dr. Dennison Monteiro  
Médico Psiquiatra  
CRM/PE 21061 RQE 9603