

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:	
Questões Norteadoras			
1. Existe comprometimento funcional, tais como:			
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"/>	
2. Palavras como “mais nervoso”, “está surtado”, “enlouqueceu”, “sem forças”, são relacionadas ao usuário?			
Se sim, quais:			
3. O usuário já tentou se machucar ou se matar?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
4. Existe relato de agressividade do usuário contra outras pessoas?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
5. Há um consumo de substâncias lícitas ou ilícitas que esteja prejudicando a sua rotina?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
6. Há relato de dificuldade escolar?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
7. Houve alguma mudança no comportamento, ou seja, o usuário está se comportando de uma forma diferente do habitual?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
8. O usuário está falando coisas sem sentido, ou está confuso?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Registrado por:	Data:		