

VI - AVALIAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO TRIMESTRAL PSICOLÓGICO

Nome: _____ Nº cartão: _____

1) Faz psicoterapia atualmente: Não () Sim () – Data de início: __/__/_____.

Tipo de acompanhamento: () semanal () quinzenal () mensal

Nome do psicólogo: _____ CRP: _____

2) Faz acompanhamento psiquiátrico atualmente Não () Sim () – Data de início: __/__/_____.

Tipo de acompanhamento: () semanal () quinzenal () mensal

Nome do psiquiatra: _____ CRM: _____

3) Faz uso de medicação psiquiátrica atualmente: Não () Sim () - quais? _____

4) Eventos/antecedentes psiquiátricos: Não () Sim () – descrevê-los: _____

5) Diagnóstico: _____

6) Qual o tratamento proposto: _____

7) Internação psiquiátrica: Não () Sim () - especificar motivo do internamento: _____

Local: _____ Data: __/__/_____

Assinatura e carimbo do (a) Psicóloga