



# PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

<b>Nº Classificação</b>	
<b>Data da Reavaliação</b>	

Data do acolhimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## I – Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ **Data nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

Naturalidade: Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Estado civil: Solteiro ( ) Casado ( ) União estável ( ) Separado ( ) Viúvo ( )

Possui religião? ( ) não ( ) sim Qual? \_\_\_\_\_

Endereço Residencial:

Logradouro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Telefone(s) para contato:

Celular ( ) \_\_\_\_\_ Whatsapp ( ) \_\_\_\_\_ Fixo ( ) \_\_\_\_\_

Recado ( ) \_\_\_\_\_ Falar com \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

Horário em que podemos encontrar no telefone fixo: \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Informações Acadêmicas:

Matricula: \_\_\_\_\_ Ano de ingresso: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Período que está cursando: \_\_\_\_\_ Forma de Ingresso: \_\_\_\_\_

Informações Residenciais:

Com quem você mora?

Sozinho ( ) Com os pais ( ) Com o pai ou com a mãe ( ) Com companheiro(a) e filhos ( )

Com colegas ( ) Com irmãos ( ) Outros ( ) \_\_\_\_\_

Renda Mensal Familiar: \_\_\_\_\_

Em caso de problemas de saúde, você procura atendimento por meio de:

SUS ( ) Rede particular ( ) Plano de saúde ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Horários disponíveis para o atendimento:

Horários

Segunda-feira	
Terça-feira	
Quarta-feira	
Quinta-feira	
Sexta-feira	



## II - Situação socioeconômica

Empregado? Local: \_\_\_\_\_ Cargo? \_\_\_\_\_ Salário? \_\_\_\_\_

Desempregado? Desde quando? \_\_\_\_\_

Como se mantém? \_\_\_\_\_

Moradia:

Própria ( ) Própria em pagamento ( ) Valor da prestação: \_\_\_\_\_

Alugada ( ) Valor do aluguel \_\_\_\_\_ Cedida ( )

Casa de Estudantes ( ) Qual? \_\_\_\_\_ Número do quarto: \_\_\_\_\_

Usuário da Política de Assistência Social da PRAE?

( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_

( ) não ( ) nunca solicitou

Composição familiar

Relacione todas as pessoas da família que atualmente moram com você ou do grupo familiar do qual você depende. Caso divida aluguel com outras pessoas (amigos), relacione-os.

Nome (somente o 1º nome)	Idade	Cidade onde reside	Profissão	Escolaridade	Grau de parentesco

Cite duas pessoas as quais poderíamos contactar para lhe ajudar numa eventualidade:

Nome: \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_

Logradouro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telef.: \_\_\_\_\_

Logradouro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_



### III – História do paciente

1 - Qual(is) motivo(s) o(a) levou(aram) a buscar o atendimento com a Equipe do programa *Saudavelmente?* **(Queixa principal)**

---

---

---

2 - Já teve outros episódios de doença ou sofrimento mental? Quais? **(descreva)**

---

---

---

3 - Você já fez algum tratamento para o seu problema? Já participou de algum grupo de apoio?

---

---

---

4 - Qual a reação da família diante do problema?

---

---

---

5 - Atualmente você é portador ou está em tratamento de alguma doença? Qual(ais)?

---

---

---

6 - Faz uso de alguma medicação regularmente? Qual(ais)? \_\_\_\_\_

---

---

---

7 - Alguém na sua família tem/tinha problemas com álcool ou outras drogas? \_\_\_\_\_

Quem? \_\_\_\_\_

---

---

8 - Alguém na sua família tem/teve algum problema psíquico? \_\_\_\_\_

Quem? \_\_\_\_\_

Você sabe dizer qual o problema? \_\_\_\_\_

A pessoa fez algum acompanhamento/tratamento? \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_

Como as pessoas da sua família lidam com o problema dessa pessoa(s)? \_\_\_\_\_

---

---



#### IV- Informações gerais

Você procurou atendimento no Programa:

espontaneamente  encaminhado Por quem? \_\_\_\_\_

Indique o nível de sua qualidade de vida, de péssima a excelente.

**Péssima**

**Excelente**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Como você avalia a sua atual necessidade em ser atendido por este serviço?

Emergência  Muita urgência  Urgência  Pouca urgência  Não urgência

#### INFORMAÇÕES AOS USUÁRIOS DO NOBE – UFJ

Para o bom andamento dessas atividades é necessário que cada usuário tenha o máximo de compromisso com o atendimento que lhe é oferecido. Para tanto, algumas regras deverão ser cuidadosamente observadas.

1. O agendamento, para todos os atendimentos, será feito diretamente com o profissional responsável pelo acompanhamento ou na secretaria do NOBE pelo telefone \_\_\_\_\_.
2. O não comparecimento a qualquer modalidade de atendimento deverá ser comunicado ao profissional responsável pelo acompanhamento ou à secretaria no período de segunda a sexta-feira com uma antecedência mínima de 1 dia.
3. O não comparecimento, sem aviso prévio ou justificativa, a **dois** atendimentos consecutivos, implicará a perda da vaga.
4. O não comparecimento, mesmo com o aviso prévio, a **três** atendimentos consecutivos, também implicará a perda da vaga.
5. O não comparecimento frequente, acima de **quatro** vezes, mesmo com aviso e não consecutivo, também implicará a perda da vaga.
6. Os casos excluídos que desejarem retornar ao serviço serão discutidos pela Equipe do serviço, avaliados quanto a sua reinclusão e submetidos a novas regras estabelecidas.
7. Em alguns casos, quando necessário, a participação da família ou responsável poderá ser solicitada.
8. Os dados fornecidos neste programa são sigilosos e, para possível utilização em pesquisa solicitamos sua autorização.

**Você está ciente das normas para participação no NOBE?  Sim  Não**

**Autoriza a utilização dos dados em pesquisa?  Sim  Não**

Assinatura do Paciente



---

**Para preenchimento exclusivo da equipe do NOBE:**

**Nº Prontuário:** \_\_\_\_\_

**Hipótese Diagnóstica**

- ( ) Abuso de álcool e outras drogas
- ( ) Abuso sexual
- ( ) Ansiedade
- ( ) Auto-imagem
- ( ) Conflitos com a sexualidade
- ( ) Deficiências intelectuais \_\_\_\_\_
- ( ) Depressão
- ( ) Dificuldades de adaptação acadêmica
- ( ) Dificuldades acadêmicas
- ( ) Dificuldades emocionais
- ( ) Estresse acadêmico
- ( ) Fobias \_\_\_\_\_
- ( ) Ideação suicida
- ( ) Pânico
- ( ) Problemas familiares
- ( ) Problemas relacionais
- ( ) Problemas sócio-econômicos
- ( ) Sintomas psicóticos
- ( ) Tentativa de suicídio
- ( ) Timidez
- ( ) Transgeneralidade
- ( ) Outras \_\_\_\_\_

Avaliação da demanda: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Projeto terapêutico**

1º Encaminhamento:

- ( ) 1 Sessão (Plantão)
- ( ) 1 Sessão com encaminhamento externo: ( ) Clínica Social \_\_\_\_\_
- ( ) 4 Sessões Individuais; Profissional: \_\_\_\_\_
- ( ) 12 Sessões Individuais; Profissional: \_\_\_\_\_
- ( ) 12 Sessões em Grupo; Grupo: \_\_\_\_\_
- ( ) Psiquiatria; Profissional: \_\_\_\_\_
- ( ) Técnicas Integrativas: ( ) Meditação ( ) Acupuntura ( ) Reike ( ) Relaxamento  
( ) Roda de Conversa

Objetivo do acompanhamento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**Profissional responsável pelo acolhimento**

---



