

APÊNDICE - QUESTIONÁRIO DE ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU UFJF / EBSEH

AMBULATÓRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

QUESTIONÁRIO DE ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL

Nome/Nome Social: _____ Prontuário: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Gênero: _____ Raça/cor: _____ Estado Civil: _____

Religião/espiritualidade: _____ Grau de Instrução/Escolaridade: _____

Profissão: _____ Empregado () Desempregado () Afastado () Aposentado () BPC ().

Endereço: _____

Contatos: _____

Renda Familiar (Salários Mínimos): 1 a 2 (); 2 a 3 (); 3 a 4 (); mais de 5 (); Tem passe livre? Sim (); Não ().

1. Composição familiar: _____

Possui rede de apoio? Quem? _____

2. Possui alguma comorbidade? Qual? Faz algum tratamento em saúde? Não (); Sim ();
(Hipertensão arterial; Diabetes; Cardiopatia; Doença renal cônica; Cirrose Hepática; Outros)

É acompanhado(a) pela UBS de seu Território? Qual acompanhamento? _____

É acompanhado(a) pelo CRAS? Qual acompanhamento? _____

3. Possui algum transtorno mental? _____

Já fez/faz acompanhamento com psicólogo e/ou com psiquiatra? Se sim, quando? Duração? Local? Motivo?

Faz uso de alguma medicação psiquiátrica? Especificar _____

4. Motivo do Encaminhamento: () Demanda espontânea () Encaminhado(a) por: _____

5. Realizou tratamentos prévios relacionados ao uso de substâncias? Se sim, quando? Duração? Local?

6. Na sua vida quais destas substâncias você já usou?

Substância		Primeiro uso:	Quantidade e Frequência atual (Padrão de uso):	Último uso:
Derivados do tabaco	Sim() Não()			
Bebidas alcoólicas	Sim() Não()			
Maconha	Sim() Não()			
Cocaína	Sim() Não()			
Crack	Sim() Não()			
Anfetamina /êxtase	Sim() Não()			
Inalantes	Sim() Não()			
Outras	Sim() Não()			

7. Teve algum fator relevante para o aumento do uso ou ocorreu de forma gradual? Se sim, qual?

8. Já teve prejuízos em decorrência do uso de substâncias? Se sim, quais prejuízos? Já esteve em situação de rua? (Prejuízos financeiros, judiciais, sociais, trabalho; já vivenciou quedas/acidentes/violência)

9. Já teve pensamentos/tentativa de autoextermínio?

10. O que você sente quando fica sem fazer uso da substância? Tem sintomas de abstinência?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dor de cabeça | <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Respiração acelerada |
| <input type="checkbox"/> Falta de concentração e foco | <input type="checkbox"/> Tremores | <input type="checkbox"/> Agitação |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidade | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Confusão mental |
| <input type="checkbox"/> Sono alteração | <input type="checkbox"/> Fadiga/Indisposição | <input type="checkbox"/> Apetite aumentado |
| <input type="checkbox"/> Aumento da pressão arterial | <input type="checkbox"/> Excesso de suor | <input type="checkbox"/> Apetite diminuído |

Régua de prontidão



Data do acolhimento: ____/____/____

Encaminhamentos/Retorno para:

Grupo Psicoterapêutico: _____ Serviço Social: _____

Enfermagem: _____ Psiquiatria: _____

Profissional responsável pelo acolhimento: _____

Nome e Carimbo