

## APÊNDICE - QUESTIONÁRIO DE ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – HU UFJF / EBSERH

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( )			
Cocaina	Sim( ) Não( )			
Crack	Sim( ) Não( )			
Anfetamina /êxtase	Sim( ) Não( )			
Inhalantes	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    |



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

Encaminhamentos/Retorno para:

Grupo Psicoterapêutico: \_\_\_\_\_

Enfermagem: \_\_\_\_\_

Serviço Social: \_\_\_\_\_

Psiquiatria: \_\_\_\_\_

Profissional responsável pelo acolhimento: \_\_\_\_\_

Nome e Carimbo