



PROTOCOLO DO PACIENTE AO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA (SEP)

NOME COMPLETO DO PACIENTE:

NOME SOCIAL (se aplicável):

DATA:

PROFISSIONAL QUE INDICA O ENCAMINHAMENTO:

PACIENTE INDICADO AO SEP: ADMISSÃO NA UNIDADE ENCAMINHAMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Blank space for stamp and signature of the professional.

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

- RISCO DE AUTO/HETEROAGRESSÃO
- ALIMENTAÇÃO ASSISTIDA
- MEDIDAS COMPORTAMENTAIS
- TENTATIVA DE SUICÍDIO
- OBSERVAÇÃO CLÍNICA
- RISCO DE FUGA
- UTILIZAÇÃO DE CONTENÇÃO QUÍMICA E MECÂNICA
- OUTROS (relatar):
- AGITAÇÃO PSÍQUICA/COMPORTAMENTO
- COMPORTAMENTO SEXUALIZADO

APENAS PERNOITE EM SEP? () SIM () NÃO

LIBERADO PARA ATIVIDADES () SIM () NÃO

LIBERAÇÃO DE SEP

LIBERAÇÃO AGENDADA PARA: ___/___/___

() SEM PREVISÃO

DATA DA LIBERAÇÃO: ___/___/___

PROFISSIONAL QUE REALIZOU LIBERAÇÃO
(CARIMBO E ASSINATURA)

Blank space for stamp and signature of the professional who performed the release.

AVALIAÇÃO/OBSERVAÇÃO DO PROFISSIONAL:

Large blank area for professional evaluation/observation.

Cópia Controlada 44