

**TERMO DE COMUNICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA AO MINISTÉRIO PÚBLICO E COMISSÃO ESTADUAL REVISORA DE INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS - CIPI/PE**

**1. ESTABELECIMENTO DE SAUDE**

NOME	CNES
------	------

**2. DADOS DO(A) USUÁRIO(A) DO SERVIÇO DE SAÚDE:**

NOME SOCIAL				
NOME CIVIL				RG OU CPF
IDADE	DATA DE NASC.	TELEFONE PACIENTE	TELEFONE RESPONSÁVEL	TELEFONE CONJUGE/ COMPANHEIRO(A)
LOGRADOURO				NUMERO/COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE/UF		DEFICIENCIA FÍSICA/ SENSORIAL/ OUTRA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL?	
RAÇA/ COR <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> AMARELA			ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIÚVO	
IDENTIDADE DE GÊNERO <input type="checkbox"/> HOMEM CIS <input type="checkbox"/> HOMEM TRANS <input type="checkbox"/> MULHER CIS <input type="checkbox"/> MULHER TRANS <input type="checkbox"/> NÃO BINÁRIO <input type="checkbox"/> OUTRA QUAL? _____				
ORIENTAÇÃO SEXUAL <input type="checkbox"/> BISSEXUAL <input type="checkbox"/> HETEROSSEXUAL <input type="checkbox"/> HOMOSSEXUAL <input type="checkbox"/> IGNORADO <input type="checkbox"/> OUTRA				
ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO <input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR <input type="checkbox"/> PÓS-GRADUAÇÃO				
SITUAÇÃO ECONÔMICA <input type="checkbox"/> TRABALHO REMUNERADO <input type="checkbox"/> PROCURANDO TRABALHO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> ESTUDANTE				
OCUPAÇÃO/ FONTE DE RENDA ATUAL:				
TEMPO QUE TRABALHO REMUNERADO			INTERDITADO(A) JURIDICAMENTE <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	

**3. DADOS DO INTERNAMENTO\***

DATA E HORA DO INTERNAMENTO	TIPO DA INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> INVOLUNTÁRIA <input type="checkbox"/> VOLUNTÁRIA CONVERTIDA INVOLUNTÁRIA
TEMPO ESTIMADO DE DIAS DE INTERNAÇÃO* <input type="checkbox"/> 01 A 15 <input type="checkbox"/> 16 A 30 <input type="checkbox"/> 31 A 60 <input type="checkbox"/> 61 A 90 <input type="checkbox"/> 91 A 180 <input type="checkbox"/> OUTRO	
CONVENIO/ PLANO DE SAÚDE <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM   QUAL?	MÉDICO QUE INTERNOU
MOTIVO(S)/JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO (ASSINALAR 1 OU MAIS)*: <input type="checkbox"/> Risco de vida ou de prejuízos graves por síndrome de abstinência grave por substância psicoativa <input type="checkbox"/> Risco de autoagressão <input type="checkbox"/> Risco de vida ou de prejuízos graves por intoxicação grave por substância psicoativa <input type="checkbox"/> Risco de heteroagressão <input type="checkbox"/> Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por dependência química grave <input type="checkbox"/> Risco de prejuízo moral ou patrimonial <input type="checkbox"/> Risco de vida ou de prejuízos graves à saúde por incapacidade grave de autocuidados <input type="checkbox"/> Risco de agressão à ordem pública <input type="checkbox"/> Lesão autoprovocada intencional <input type="checkbox"/> Sintomas psicóticos graves com prejuízo do discernimento e autonomia <input type="checkbox"/> OUTRO MOTIVO PARA INTERNAÇÃO - QUAL(IS)?	
DESCREVER MOTIVOS ASSINALADOS	
TRANSCRIÇÃO DA FALA DA PESSOA (SE POSSÍVEL)	
CÓDIGO DA CID-10 (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS)	CÓDIGO DA CIF (CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE)
MEIO DE TRANSPORTE USADO PARA REMOÇÃO ATÉ O LOCAL DE INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> EQUIPE PRIVADA E/OU TERCEIRIZADA: *INFORMAR PRESTADOR/EMPRESA: <input type="checkbox"/> VEÍCULO DA PRÓPRIA PESSOA, FAMILIARES, AMIGOS, TÁXI OU TRANSPORTE COLETIVO; <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFICAR):	

**4. UNIDADES OU CUIDADOS QUE FORAM ACIONADOS OU CONSIDERADOS ANTES DE DEFINIR PELA INTERNAÇÃO- ACIONADOS POR FAMILIARES OU POR ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE\*:**

ASSINALE UM OU MAIS <input type="checkbox"/> PSQUIATRA PARTICULAR <input type="checkbox"/> PSICÓLOGO(A) PARTICULAR <input type="checkbox"/> CAPS <input type="checkbox"/> HOSPITAL GERAL <input type="checkbox"/> NÃO FORAM ACIONADOS OUTROS SERVIÇOS OU PROFISSIONAIS
NOME DO SERVIÇO OU UNIDADE DE SAÚDE ACIONADA

**5. FAMÍLIA/ REDE DE APOIO E/OU RESPONSÁVEIS**

**5.1. SUPORTE DO ESTABELECIMENTO À FAMÍLIA E/OU RESPONSÁVEIS**

NÚMERO DE CONVIVENTES NO MESMO DOMICÍLIO	CONTRIBUI COM A RENDA FAMILIAR <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
FAMILIARES/ RESPONSÁVEIS DO/DA USUÁRIA/O PARTICIPAM DE ATIVIDADE? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO OFERECIDO <input type="checkbox"/> FAMÍLIA NÃO PARTICIPA <input type="checkbox"/> FAMÍLIA RESIDE DISTANTE

**5.2. CONVÍVIO COM FAMILIARES OU PESSOAS DA REDE DE SOCIABILIDADE DURANTE A INTERNAÇÃO:**

PERMISSÃO PARA RECEBER VISITAS? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM   A PARTIR DE [ ] DIAS DE ADMISSÃO	QUANTAS VISITAS POR MÊS PERMITIDAS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 A 4 <input type="checkbox"/> VISITAS SÃO LIVRES
A PESSOA INTERNADA PARTICIPA DA DECISÃO SOBRE VISITAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - <input type="checkbox"/> APENAS A FAMÍLIA <input type="checkbox"/> APENAS A EQUIPE DECIDE SOBRE VISITAS	O(A) USUÁRIO(A) TEM PESSOAS DA REDE DE SOCIABILIDADE/ FAMILIARES QUE POSSAM VISITAR <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, QUANTAS?

**5.3. ACESSO A MEIOS DE COMUNICAÇÃO DISPONIBILIZADOS/PERMITIDOS DURANTE A INTERNAÇÃO**

ASSINALAR O QUE É PERMITIDO DURANTE A INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> LIGAÇÃO TELEFÔNICA _____ LIGACOES POR MÊS <input type="checkbox"/> CHAMADA DE VÍDEO _____ CHAMADAS POR MÊS <input type="checkbox"/> INTERNET _____ ACESSOS POR MÊS	<input type="checkbox"/> USO DE APARELHO CELULAR PESSOAL _____ VEZES POR MÊS <input type="checkbox"/> JORNAL E/OU REVISTAS ATUAIS <input type="checkbox"/> TELEVISÃO (COM ACESSO DE LIVRE ESCOLHA)
CHAMADAS DE ÁUDIO OU VÍDEO DO/DA USUÁRIA SÃO PRIVATIVAS/SIGILOSAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO PRIVATIVAS/SÃO MONITORADAS PELA EQUIPE.	AS CORRESPONDÊNCIAS SÃO SIGILOSAS (ABERTAS APENAS PELO/A USUÁRIA/O)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SIGILOSAS/ MONITORADAS PELA EQUIPE

**6. PLANEJAMENTO PÓS-ALTA**

O PRONTUÁRIO POSSUI PLANO DE ALTA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	O SERVIÇO FARÁ CONTATO COM SERVIÇOS/PROFISSIONAIS QUE ACOMPANHARÃO A PESSOA APÓS A ALTA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ACOMPANHARÃO A PESSOA APÓS A ALTA	

**OBSERVAÇÃO: APÓS A ALTA ENVIAR TERMO DE COMUNICAÇÃO DE ALTA JUNTO COM DOCUMENTO OU RELATÓRIO DE ALTA MÉDICA.**

**Atenção: O campo 7 - CRIANÇAS E ADOLESCENTES, é de preenchimento privativo dos estabelecimentos que atendem exclusivamente crianças e adolescentes nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Constituição Federal.**

**7. INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES (MENOR DE 18 ANOS DE IDADE)**

IDADE NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ANOS <input type="checkbox"/> MESES	POSSUI DEFICIÊNCIA/NECESSIDADE ESPECIAL? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
SÉRIE ESCOLAR: ENSINO FUNDAMENTAL: <input type="checkbox"/> 1 ANO <input type="checkbox"/> 2 ANO <input type="checkbox"/> 3 ANO <input type="checkbox"/> 4 ANO <input type="checkbox"/> 5 ANO <input type="checkbox"/> 6 ANO <input type="checkbox"/> 7 ANO <input type="checkbox"/> 8 ANO <input type="checkbox"/> 9 ANO ENSINO MEDIO: <input type="checkbox"/> 1 ANO <input type="checkbox"/> 2 ANO <input type="checkbox"/> 3 ANO	
NOME DA ESCOLA QUE ESTÁ MATRICULADO(A)	TELEFONE DA ESCOLA
A INTERNAÇÃO FOI INFORMADA AO CONSELHO TUTELAR? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> INFORMCAO IGNORADA	
NOME DO RESPONSÁVEL QUE PERMANECERÁ EM TEMPO INTEGRAL ACOMPANHANDO	
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DESTES TERMOS	FUNÇÃO

**ORIENTAÇÕES SOBRE ESTE TERMO:**

- O PREENCHIMENTO PODE SER ESCRITO À MÃO COM CANETA E DIGITALIZADO OU PREENCHIMENTO DIGITADO;
- O PREENCHIMENTO PODE SER FEITO POR FUNCIONÁRIO DESIGNADO PELO ESTABELECIMENTO;
- AS ALTERAÇÕES DE FONTES OU CAMPOS DESTES FORMULÁRIO FICAM RESERVADAS À CIPI;
- ESTE TERMO DEVE SER ENVIADO AO MINISTÉRIO PÚBLICO EM UM PRAZO DE ATÉ 72 HORAS, JUNTAMENTE COM CÓPIA ANEXA, DE RELATÓRIO, LAUDO OU OUTRO DOCUMENTO MÉDICO, REFERENTE À INTERNAÇÃO/ ADMISSÃO ASSINADO PELO MÉDICO.