



PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR/COMPARTILHADO

Nome:	Sexo:
CNS/CPF:	D.N: IDADE:
Filiação:	Escola:
Data do 1o atendimento:	UBS de referência:

1. DIAGNÓSTICO

Especificar o diagnóstico clínico que dará direcionamento das intervenções terapêuticas. Utilizar CID 10/CID 11 e DSM V-R

2. INFORMAÇÕES GERAIS

Profissionais de referência:

3. OBJETIVOS DO TRATAMENTO

Breve descrição sobre os objetivos/metasp do tratamento por categoria profissional.

4. PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

Especificar os profissionais e metodologia/abordagem/técnica utilizada pelo profissional

5. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:

6. SERVIÇOS DE SAÚDE ENVOLVIDOS:

Especificar os serviços de saúde envolvidos na execução do PTC

7. REDE INTERSETORIAL:

() Escola, especificar profissional:

() CRASS/CREAS

() Esporte e lazer

() Outras, especificar:

8. ABORDAGEM FAMÍLIA/CUIDADORES/RESPONSÁVEIS:

Breve descrição sobre os objetivos/metast junto aos familiares/cuidadores/responsáveis que auxiliará no cuidado da saúde do usuário

9. ABORDAGEM ESCOLA:

Breve descrição sobre os objetivos/metast junto a escola/ambiente escolar que auxiliará no cuidado da saúde do usuário

10. ENCAMINHAMENTO PARA:

() Atenção Primária à Saúde para o profissional de saúde:

() Serviço de Reabilitação de DI/TEA. Referência:

() Estimulação Precoce. Referência:

- Ciente dos envolvidos:

Assinatura dos profissionais:

Assinatura da família:

DATA: