



**PROJETO DE INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO DE USUÁRIOS DOS  
SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL - PISTRAB**

**CADASTRO DE USUÁRIOS**

**IDENTIFICAÇÃO**

Instituição/pólo:

Nome:

Nasc:

Idade:

Naturalidade:

Estado Civil:

Filhos:

Raça/Cor:

Sexo:

Endereço:

Telefone:

Cel:

Email:

Riocard: sim ( ) não ( )

RG:

CPF

PIS:

CPTS:

Título de eleitor:

Certif. Reservista:

**IDENTIFICAÇÃO SOCIAL**

Tipo de moradia: Própria ( ) Alugada( ) Cedida( )

Reside com :

Nome:

Tel:

Cel:

Email:

Rede de apoio:

Nome:

End:

Tel:

Cel:

Email:

Renda própria: sim( ) não ( )

Auxílio Doença ( ) Aposentadoria( ) BPC/LOAS( ) Outros( ) \_\_\_\_\_

### **CAPACITAÇÃO**

Escolaridade:

Cursos que já frequentou? Ano e duração:

Gostaria de fazer algum curso profissionalizante/ qualificação? Qual?

### **INSERÇÃO SOCIAL**

Cotidiano: Como é o seu dia?

(Hábitos, rotina, atividades, responsabilidades)

Interesses e preferências:

Habilidades e potencialidades:

**AUTONOMIA: (1) independente (2) semidependente (3) dependente**

a) Atividades da vida diária

Higiene Pessoal ( ) Adequação Pessoal ( ) Vestuário ( )

Alimentação ( ) Deslocamento ( ) Comunicação ( )

b) Atividades da vida prática: ( ) uso do tel. ( ) pagamentos ( ) compras

c) Medicação: ( )

**HISTÓRICO DO TRABALHO**

**I- Atual**

Você gostaria de trabalhar nesse momento? Por quê?

Que tipo de trabalho você gostaria de fazer? Por quê?

Que situações você gostaria de evitar no trabalho?

Qual a carga horária possível para o trabalho?

Participa de algum projeto de geração de renda? Qual?

**II- Percurso**

Empresas em que trabalhou:

Nome:

Função:

Período:

Houve interrupção no trabalho? Motivo? Período?

Trabalho informal:

Período:

Qual dessas atividades você mais gostou?

## HISTÓRICO DO TRATAMENTO

Início da doença:

Início do tratamento:

Instituições de tratamento:

Internações:

Quantas:

Data da última internação:

O que acontece quando está em crise?

Faz uso regular de medicação? Qual?

Com que frequência você é atendido na rede pública de saúde?

Acompanhamento com: psiquiatra( ) nome:

Psicólogo( ) nome:

Clínico ( ) Especialidade:

Diagnóstico psiquiátrico:

CID:

Médico atual/Técnico de referência:

Tel:

Local de tratamento: CAPS( ) Ambulatório( ) Hospital Dia ( ) Outros( )  
Qual?

OBSERVAÇÕES:

DATA DA ENTREVISTA:

ENTREVISTADOR: