

ROTEIRO – DEFICIÊNCIA MENTAL

Nome:

CPF:

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Já trabalhou? Sim (___) Não ()

Último emprego	Empresa _____	Cargo _____	Data Entrada: _____ Data Saída: _____
----------------	---------------	-------------	--

QUADRO DA DEFICIÊNCIA

Qual? () Esquizofrenia () Transtorno Bipolar () Epilepsia () Outros	CID
Adquirida em que idade:	Data da ultima crise:
Já foi internado em razão da doença mental? () Não () Sim – Data da ultima internação?	
Outros casos na família () Não () Sim - Quem?	
Toma medicação para estabilização do quadro () não () sim	
Sem sim, tem a supervisão de alguém? () Não () Sim - Quem?	
Faz Acompanhamento Médico? () Não () Sim - Qual especialidade?	
Faz tratamento terapêutico? () Não () Sim – Qual? () Psicoterapia () Terapia Ocupacional () Outros	

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES

--

Trouxe laudo médico - Não (___) Sim (___)

Outros documentos - Não (___) Sim (___) – Qual?

Classificação	Caracterizado (___)	Não Caracterizado (___)	Dúvida – Ausência de documentos (___)	Dúvida – Ausência de informação (___)	Outras:
Indicação	Indicado para trabalho (___)		Indicado para programa (___)	Outros	

Consultor (a):