

## ATESTADO MÉDICO

(Resolução CFM nº 1.851/2008)

<b>Nome do Examinado:</b>			
<b>Data de nascimento:</b> _ / _ /	<b>CPF:</b> - - -	<b>Identidade:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Endereço:</b> <hr/>			
<b>CEP:</b> - -			

### DOENÇAS INCAPACITANTES

#### CATEGORIA: PSICOSE

1. Diagnóstico: \_\_\_\_\_
2. CID: \_\_\_\_\_
3. Resultado dos exames solicitados: \_\_\_\_\_
4. Resultados dos exames complementares: \_\_\_\_\_
5. Conduta terapêutica: \_\_\_\_\_
6. Prognóstico: \_\_\_\_\_
7. Indique as consequências à saúde do paciente: \_\_\_\_\_
8. O quadro apresentado é reversível? ( ) Sim ( ) Não. Caso positivo, qual o tempo estimado? \_\_\_\_\_
9. O doente apresenta perda do teste da realidade e comprometimento do funcionamento mental, social e pessoal? ( ) Sim ( ) Não
10. A doença manifesta-se por delírios, alucinações, confusão e comprometimento da memória? ( ) Sim ( ) Não
11. A doença caracteriza retraimento social e incapacidade para desempenhar as tarefas e papéis habituais? ( ) Sim ( ) Não
12. O doente incapacitado necessita de acompanhante para seu deslocamento? ( ) Sim ( ) Não
13. Observações complementares: \_\_\_\_\_

Maceió/Al, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Carimbo, assinatura e número de CRM