



UFPEL

FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL

SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

CHECK-LIST

Legenda: *Regular* = assíduo, comum, constante, continuado, cotidiano, frequente, habitual, normal.

1. Minhas palavras favoritas (funcionalidade)

2. Crescimento (ver Caderneta da/o Adolescente)

(1) regular (2) irregular:

3. Desenvolvimento (ver Caderneta da/o Adolescente)

(1) regular (2) irregular:

> IMC: (1) regular (2) irregular:.....

> maturação sexual: (1) regular (2) irregular:.....

4. Educação

> escolaridade: (1) regular (2) irregular:

> dificuldade de aprendizagem: (1) não (2) não sei (3) sim:

5. Uso de dispositivos eletrônicos: (1) não (2) sim:

Qual(is): Horas / dia: _ _

	Regular	Irregular - descrever
6. Vacinação		
7. Acidentes		
8. Audição		
9. Saúde bucal		
10. Visão		

11. Sexualidade

Autopercepção: (1) satisfatória ou sem problemas (2) insatisfatória ou problemática

Orientar leitura da Caderneta da/o Adolescente (p.39-45)

12. Situação de violência

(1) não (2) não sei (3) sim:

> autoprovocada: (1) autolesão (2) risco de suicídio

> interpessoal: (1) intrafamiliar (2) comunitária

Natureza: (1) física (2) sexual (3) psicológica (4) negligência/abandono (5) trabalho infantil (6) bullying

Notificação (Vigilância – Viva): (1) sim (2) não (3) não sei

Comunicação ao Conselho Tutelar: (1) sim (2) não (3) não sei

Obs.) situações que envolvam racismo ou outras formas de discriminação podem configurar violência de natureza psicológica e/ou bullying.

13. Uso de substâncias psicoativas

(1) não (2) álcool (3) outras:.....

Percepção de risco: (1) sim (2) não

14. Projeto de vida

(1) sim (2) não

Orientar leitura da Caderneta da/o Adolescente (p.46-47)

15. Acompanhamento de consultas (médicas, de Enfermagem, VDs, outras):

(1) sim (2) não:

16. Preocupações dos pais:

.....
.....

17. Problemas mentais (revisar prontuário)

Exame do estado mental: (1) sem registro (2) sem alterações (3) com alterações, descrever:

.....
.....

Hipótese(s) diagnóstica(s): (1) nenhuma registrada (2) sim, descrever:

.....
.....

Diagnósticos confirmados: (1) nenhum registrado (2) sim, descrever:

.....
.....

18. Tratamentos realizados: (1) nenhum registrado (2) sim, especificar se anteriores ou em andamento:

.....
.....

Registro realizado por: Data: __ / __ / ____