

**Identificação**

Último nome		Morada	
Primeiro nome			
Data Nasc. ____/____/____	Género Masc. _____ Fem. _____	Cidade - País	Código Postal
Número de registo de entrada: _____		Contacto telefónico: _____	

Encontra-se sozinho/a? **Se Não**, quem o/a acompanha? \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

**Necessidades / Apoios****Acompanhamento Médico**

Não <input type="checkbox"/>	
Sim <input type="checkbox"/>	Encaminhado para Médico/SNS <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Medicação que está a fazer _____ Estado de saúde geral _____

Breve resumo da situação e local do evento	
Necessidades identificadas	Intervenção médica no local <input type="checkbox"/> Estabilização física no local <input type="checkbox"/> Primeiros socorros psicológicos <input type="checkbox"/> Encaminhamento para Serviço Nacional de Saúde <input type="checkbox"/> Entidade de referência _____ Encaminhamento para resposta de saúde mental <input type="checkbox"/> Entidade de referência _____

**Fim de intervenção**

Horas: _____	Psicólogo da EPIC/CVP:
Follow-up	Dia: ____/____/____ Horas: _____ Telefónico <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Local: _____

Visto pelo Chefe da Equipa de Intervenção Psicossocial em Crise

Nome: \_\_\_\_\_  
Número de Cédula da Ordem dos Psicólogos Portugueses: \_\_\_\_\_

**PsySTART**

(Mental Health Triage System. 2002-2009)

<b>Risco de vida</b>	A pessoa apresenta-se como perigosa para si própria ou para outros? (não está em condições de cuidar das suas necessidades básicas de sobrevivência?) - <b>se sim</b> , a pessoa deve ser <b>encaminhada de imediato para emergência</b> médica.	
<b>Elevado risco</b>	A pessoa sentiu, ou expressou, medo ou pânico intenso ou extremo?	
	Sentiu a sua vida ameaçada diretamente, ou sentiu a vida de familiares próximos, ameaçada?	
	Viu, ou ouviu, a morte de alguém?	
	Viu, ou ouviu, alguém a ser severamente magoado?	
	Teve a morte de algum parente próximo, criança, amigos, ou pares?	
	Doença ou ferimento físico, provocado pela crise, ou pela viagem decorrente da migração, no próprio ou em algum membro da família?	
	Evacuação, ou viagem, foi muito demorada e complicada?	
	Familiar próximo desaparecido, ou afastado, sem ter notícias concretas do seu estado?	
	Criança separada da família ou pessoas conhecidas separadas?	
	A casa não está habitável devido ao incidente crítico?	
<b>Moderado risco</b>	Durante a viagem ou conflito separou-se da família nuclear?	
	Tem história clínica de problemas de saúde mental?	
	Recebeu tratamento médico devido à exposição ao incidente crítico?	
	Tem preocupações de saúde relacionadas com a exposição ao conflito ou desastre?	
	Tem experiência passada de situação de conflito ou desastre?	
<b>Baixo risco</b>	Sem fatores de triagem identificados	

**Sintomatologia identificada**
**Comportamental**

 Agitação 

 Sensação de asfixia/falta de ar 

 Tremores 
**Fisiológico**

 Sudorese 

 Taquicardia 

 Náuseas 

 Sensação de tontura/instabilidade ou vertigem 

 Desmaio 
**Emocional / Psicológico**

 Ansiedade 

 Pânico 

 Tristeza 

 Desrealização 
**Cognitivo**

 Amnésia global transitória 

 Desorientação tempo/espaço 

Visto pelo Chefe da Equipa de Intervenção Psicossocial em Crise

Nome: \_\_\_\_\_

Número de Cédula da Ordem dos Psicólogos Portugueses: \_\_\_\_\_