

A ENTREVISTA PSICOLÓGICA E ANAMNESE COMO FACILITADORA NA COMPREENSÃO DO CASO CLÍNICO

Guia explicativo e modelos de anamnese.

Resumo

Organizado Por: Psicóloga Simone Nery e Exclusivo para Psicólogos e Estudantes de Psicologia.

contato@nerypsicologa.com.br

www.nerypsicologa.com.br

Instagram [@psicologasimonenery](https://www.instagram.com/psicologasimonenery)

Sumário

ATENÇÃO	2
BEM-VINDOS(AS)	3
DEFINIÇÃO	4
OS TIPOS DE ENTREVISTA	5
CARACTERÍSTICAS	6
NOTAS SOBRE A ENTREVISTA ANAMNESE INFANTIL, ADOLESCENTE E ADULTO	8
POSTURA DO PROFISSIONAL, ERROS, CUIDADOS E ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE ÉTICA	11
Referências	13
ANEXOS	14
1. MODELOS DE ANAMNESE INFANTIL E ADOLESCENTE	15
1.1 Anamnese Infantil	15
1.2 Anamnese Infantil	18
1.3 Anamnese Infantil e Adolescente	31
1.4 Anamnese Infantil	43
2. MODELO DE ENTREVISTA ANAMNESE ADULTO	44
2.1 Anamnese Adulto	55
3. MODELO ANAMNESE IDOSO	64
4. MODELO ENTREVISTA TRIAGEM	71
4.1 Ficha de Triagem	71
4.2 Triagem Psicológica	72
5. MODELO ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO VOCACIONAL / PROFISSIONAL	75
6. MODELO DE ANAMNESE CASAL	79
7. MODELO ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO	83
8. MODELO DE ANAMNESE AUTISMO	86
9. MODELO ENTREVISTA DE PSICOMOTRICIDADE	101
10. MODELO DE ANAMNESE BARIÁTRICA	104
11. MODELO DE ANAMNESE DE COMPULSÃO ALIMENTAR	110
12. MODELO DE ENTREVISTA DEVOLUTIVA	112

ATENÇÃO

TODA OBRA INTELECTUAL ESTÁ RESGUARDADA AUTOMATICAMENTE É PROIBIDO À VENDA, DISTRIBUIÇÃO E COMPARTILHAMENTO EM REDES SOCIAIS E GRUPOS DE WHATSAPP SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA OU CITAÇÃO DA FONTE ORIGINAL

BEM-VINDOS(AS)

Apaixonada pela psicologia, estou sempre aprimorando meus conhecimentos e visando na melhoria da produtividade, espero também contribuir na sua jornada.

Todos os modelos anexados foram retirados do meu arquivo pessoal recolhidos através da internet e com outros profissionais ao longo de alguns anos. O profissional que adquirir o material para impressão é livre para fazer qualquer alteração e/ou ajuste para facilitar a coleta de informações durante o atendimento com pacientes.

O guia explicativo, é de minha autoria, portanto, a venda ou reprodução não é autorizada isso implica em Crime de Violação aos Direitos Autorais, se desejar compartilhar, cite a fonte original.

Você receberá uma versão em PDF e outra em Word para que você possa realizar as devidas alterações e impressões.

Fico à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Simone Nery, fotografa e psicóloga Junguiana especialista em avaliação psicológica para cirurgias e vocacional. Com a missão em se tornar líder no atendimento Psicológico Clínico, idealizou e fundou a **Clínica Nery Psicologia e Saúde -LTDA**, espaço voltado para o tratamento e promoção da saúde mental e física contando com assistência Nutricional e Psiquiátrica adaptados às necessidades e expectativas individuais de cada paciente, em todo ABC Paulista



Contatos:

E-mail: contato@nerypsicologa.com.br

Telefone: (011) 99479-6619

Instagram: @psicologasimonenery

Site: www.nerypsicologa.com.br

DEFINIÇÃO.

A entrevista é o instrumento indispensável e mais utilizado na prática clínica funciona como uma situação em que se observa parte da vida do paciente com a hipótese de que ele tem organizado a história de sua vida, em um esquema de seu presente.

É uma síntese do presente que cada ser humano tem de sua história, é onde se inicia o vínculo terapêutico. É o momento em que o profissional deve estar atento aos dados objetivos e subjetivos fornecidos pelo paciente.

Mas, nesse contexto não se consegue emergir a totalidade do repertório de sua personalidade, por isso, parte-se da queixa do paciente e amplia para o levantamento de hipóteses, objetivos e estratégias.

Por ser uma interação verbal, se pressupõe interação face a face, mas não se trata de um interrogatório ou de uma conversa informal, é o contato oral e direto entre psicólogo e paciente em que partilham do mesmo espaço e tempo, daí a importância do profissional se mostrar em postura presente no sentido de estar literalmente disponível e aberto facilitando o desenvolvimento de uma relação de confiança mútua.

Existem também peculiaridades de acordo com a abordagem teórica e com relação a observação, objetivo e estratégias que pode ser triagem: diagnóstico, psicoterapia, encaminhamento, pesquisa etc.

OS TIPOS DE ENTREVISTA.

- ❖ ESTRUTURADA – Esse tipo de entrevista é padronizada e requer áreas específicas de informação e maneiras de obtê-las. Geralmente as perguntas são padronizadas e pré-estabelecidas de acordo com a características da demanda.

- ❖ SEMIESTRUTURADA – Os tópicos são pré-estabelecidos, mas abrem espaço para o profissional ou o entrevistado na formulação de perguntas e organizar a sequência delas, fora do que foi estabelecido.

- ❖ ABERTA – Segue o fluxo espontâneo e natural das ideias e descanso.

CARACTERÍSTICAS

A anamnese é um tipo de entrevista realizada para investigar a história do sujeito, ou seja, os aspectos de sua vida considerados relevantes para o entendimento da queixa priorizando o levantamento de informações cronologicamente organizadas com a suposição de que o paciente conhece sua vida e está, portanto, capacitado para fornecer dados sobre ela.

Muitas vezes essa cronologia não é clara no discurso do paciente e um dos motivos são as ansiedades de defesa, por isso as anotações são importantes. Um dos principais desafios é estabelecer uma comunicação que permita o entendimento da queixa atual do paciente e sua evolução no tempo.

A anamnese geralmente é feita em forma de entrevista semiestruturada, um roteiro que pode ir sofrendo adaptações durante a entrevista, no entanto, não segue a mesma estrutura para diferentes grupos. Um exemplo é a percepção e evolução da queixa, os tratamentos de saúde e medicações.

No momento em que entramos em contato com o paciente passamos a ter uma imagem de como ele é de fato, o psicólogo tem flexibilidade para adequar as questões.

Dependendo da área ou da linha teórica alguns aspectos podem ser mais relevantes e importantes que outros, vai da experiência e do bom senso do profissional selecionar de acordo com o objetivo.

Não existe regra sobre a duração ou quantas questões podem ser adicionadas, é importante dizer que muitas informações podem ser adquiridas através de familiares ou outras técnicas de avaliação e observação. Lembre-se de sempre pedir autorização ao paciente ou responsável.

Da elaboração até a interpretação o desenvolvimento exige uma série de etapas então, evite ao máximo posicionamentos durante a coleta de informações. Inicie com uma preparação, não improvise, clarifique o papel do paciente no processo e o seu enquanto profissional, tente conhecer as expectativas que ele tem nessa primeira entrevista e oriente futuras conversas caso seja necessário.

Desenvolva um ambiente adequado.

A entrevista anamnese não é prática exclusiva do psicólogo, é muito utilizada na área da saúde.

NOTAS SOBRE A ENTREVISTA ANAMNESE INFANTIL, ADOLESCENTE E ADULTO

Na entrevista **anamnese infantil** o objetivo de obter dados sobre o problema e desenvolvimento da criança, a avaliação da história pré e perinatal e o alcance dos marcos do desenvolvimento tem muita importância. A família possui um papel de grande relevância no desenvolvimento emocional da criança, procure coletar indicadores esperados para a idade, isso envolve o período do alcance de marcos específicos do desenvolvimento e a qualidade que passou a desempenhar habilidades.

É possível se dividir da seguinte forma: Entrevista inicial com os pais – Sessão lúdica – Sessão familiar.

Geralmente inicia-se com os pais, considere a presença individual da criança e inclua a sessão lúdica com a finalidade de conhecer a realidade infantil e fantasias. Posterior, é possível também a participação familiar é o momento em que é possível a observação da dinâmica familiar e maior compreensão do conflito/ queixa e do estabelecimento do vínculo com o terapeuta.

Também são importantes informações sobre capacidades linguísticas, motoras, cognitivas, sociais, emocionais e adaptativas sendo relevante considerar o papel desempenhado pela família nesse desenvolvimento da criança, como forma de compreender sua sintomatologia e as possibilidades que o ambiente familiar oferece.

A adolescência é culturalmente conhecida como uma fase crítica da vida, caracterizada por mudanças físicas, sociais e emocionais e para compreender a adolescência em toda a sua dimensão teórica e conceitual, é imprescindível conhecer o ambiente em que o adolescente se desenvolve e os fatores biológicos e psicológicos que constituem a personalidade além dos aspectos socioculturais, econômicos e históricos nos quais o adolescente está inserido.

Na **anamnese adolescente** é necessário retomar o desenvolvimento na infância de forma breve e geral dando atenção a problemas específicos dessa fase da vida considerando as diversas mudanças que ocorrem investigando as relações com os pais, irmãos, amigos, colegas, figuras de autoridade e de identificação.

O profissional pode iniciar com os pais e ampliar a entrevista com o adolescente especialmente sobre as questões hormonais e físicas, relacionamentos íntimos e sexualidade. Porém, não existe uma regra, o profissional nesse caso, pode levar em conta sua sensibilidade a respeito da queixa.

Destaque aos pais ou responsável a importância da cooperação, o vínculo terapêutico servirá como meio para levar o adolescente a manter uma postura de colaboração mesmo que não tenha partido dele a procura.

Tudo isso, é um facilitador na coleta de dados durante a entrevista.

Na primeira entrevista com os pais nem sempre o adolescente precisa estar presente, mas é importante respeitar caso esse seja o desejo, garanta a neutralidade e o compromisso de sigilo e resguardo das questões para com o adolescente deve ser muito bem exposto lembrando que é regulamentado no Código de Ética Profissional do Psicólogo.

No caso da **entrevista anamnese de adultos** podemos explorar 5 domínios – Relacionamento íntimos – Vida familiar – Vida profissional – Vida social e Alterações físicas.

O desenvolvimento das fases anteriores da vida pode ser investigado sem grande detalhamento inclua a história dos relacionamentos afetivos, padrões de comportamentos, satisfações e insatisfações. As questões mais importantes referem-se as demandas esperadas no âmbito sexual, familiar, social, laboral e física.

Atente-se também a qualidade da relação com o parceiro ou cônjuge e das dificuldades enfrentadas e capacidade na resolução de conflitos.

Com os idosos, o enfrentamento das mudanças ocorridas ao longo dos anos é importante, assim como reações a crises e outras situações estressantes como aspectos do envelhecimento e perdas ao longo do tempo que podem estar relacionadas.

POSTURA DO PROFISSIONAL, ERROS, CUIDADOS E ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE ÉTICA.

- ❖ PREPARAÇÃO – Primeiramente fugir do imprevisto, é importante entender primeiramente o que irá avaliar sobre a queixa do paciente e se preparar. O paciente foi encaminhado? Por qual motivo? Muitas vezes nesse caso, avalie se é importante entrar em contato com o profissional para colher mais informações e saber qual a percepção desse profissional.

- ❖ RAPPORT ADEQUADO – O paciente chega com muitas expectativas e a apresentação, em um ambiente adequado facilita criar uma ligação de empatia e uma comunicação com menos resistências, o paciente se sente mais seguro e elimina falsas expectativas.

- ❖ EVITE JULGAMENTOS A RESPEITO – Nesse processo tanto paciente quanto profissional vão construindo imagens e percepções

- ❖ LIMITES – Apesar de não existir um tempo limite, é importante observar e respeitar o cansaço do cliente e respeitar a duração que deve ser limitada na flexibilidade ou rigidez de uma entrevista. Observar o próprio cansaço também é importante para não ter dificuldades de qualquer tipo que impeça a obtenção das informações e assim observar resistências e omissões que possam orientar a conversa.

- ❖ O REGISTRO – O registro é muito importante pois será preciso interpretação das informações já que nossa memória pode reduzir e as informações se distorcerem com o passar do tempo. Devemos levar em conta que as anotações são complementos da entrevista, informações de forma simultânea enquanto o paciente fala podem desviar sua atenção e a linguagem corporal, o tom de voz também trazem riqueza de informação.

E quanto a gravação das sessões?

o CFP (Conselho Federal de Psicologia) responde:

“Cada linha teórica adota sua maneira de abordagem e relacionamento entre psicólogo(a) e cliente / paciente. Dessa forma, entendemos que o(a) psicólogo(a) deve considerar a orientação de seus autores e abordagens psicológicas de referência para definir se há necessidade de gravação das sessões. No caso de necessidade de gravação das sessões, o(a) psicólogo(a) responsável deve se certificar que o(a) cliente / paciente tem ciência da gravação, se concorda com ela e com o objetivo da gravação, para uso do(a) psicólogo(a). Ressaltamos que essa prática deve ser adotada apenas em casos necessários, pois a regra é resguardar a intimidade das pessoas, conforme trecho do Código de Ética citado: O Código de Ética determina que : *Art. 9º – É dever do psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas, grupos ou organizações, a que tenha acesso no exercício profissional.*”.

- ❖ INTERFERÊNCIA DE INTERPRETAÇÃO: Cuidado com conclusões precipitadas, com o conceito halo, usar a primeira impressão que tem do paciente para interpretar os dados posteriores, concluir e definir à partir de uma única característica ou capacidades alheias. Cuidado também com os erros de consenso, ou seja, aceitar como própria as opiniões de outras pessoas, como exemplo: professores e amigos.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional dos Psicólogos, Resolução n.º 10/05, 2005. _____ . Psicologia, ética e direitos humanos.

SCAGLIA, Andressa Pin; MISHIMA, Fernanda Kimie Tavares; BARBIERI, Valéria. Entrevista familiar como facilitadora no processo de triagem de uma clínica escola. *Estilos clin.*, São Paulo , v. 16, n. 2, p. 404-423, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282011000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 out. 2021.bibliográficas no documento atual.

ANEXOS

Os modelos de anamnese a seguir serão disponibilizados em WORD para que você possa fazer as alterações que julgar necessárias. Bons atendimentos!

1. MODELOS DE ANAMNESE INFANTIL E ADOLESCENTE

1.1 Anamnese Infantil

I – IDENTIFICAÇÃO

1. Nome _____
2. Idade: Sexo: () M () F
3. Data de Nascimento: _____

II – DADOS FAMILIARES

01. Nome do pai: _____
02. Nome da mãe: _____
03. Responsável pelo(a) aluno(a): _____
04. Nº de irmãos / sexo / idades: _____
05. Posição no bloco familiar: _____
06. Pais: () Casados () Separados

Reação da criança à situação:

Em caso de separação, a criança vive com quem?

07. Filho: () Biológico () Adotivo

A criança é ciente de sua adoção? () Sim () Não

Observação: Reação da criança à situação:

Marque com SIM ou NÃO para as alternativas abaixo, utilize a linha para especificar algo que acredite ser importante.

08. Histórico:

8.1. Gestação: () Completa () Prematura

8.2. Saúde da mãe durante a gravidez: () Doenças () Inquietações

8.3. Parto: () Normal () Cesariana () Induzido

8.4. Amamentação: () Materna () Artificial

8.5. Apresentou atraso ou problema na fala? () N () S

8.6. Dificuldades ou atraso no controle do esfíncter? () N () S

8.7. Tem enurese noturna? () N () S

8.8. Seu desenvolvimento motor foi no tempo esperado? () N () S

8.9. Perturbações (pesadelos, sonambulismo, agitação, etc.): () N () S

8.10. Possui hábitos especiais (requer a presença de alguém, medos, etc.): () N () S

Troca letras, fonemas? () N () S Quais?

Fatos que afetaram o desenvolvimento do(a) aluno(a) (acidentes, operações, traumas etc.) ou outras ocorrências:

09. Estado Atual da Criança

Apresenta alguma dificuldade: Na fala: () N () S Qual?

Na visão: () N () S Qual?

Locomoção: () N () S Qual?

É dependente em quais nas AVDs (atividades de vida diária)?

Toma banho sozinho? ()N ()S

Escova os dentes sozinho? ()N ()S

Usa o banheiro sozinho? ()N ()S

Necessita de auxílio para se vestir ou despir? ()N ()S

10. Em que idade se deu a retirada das fraldas?

11. Tendências Próprias:

Atende as intervenções quando está desobedecendo? ()N ()S

Apresenta choro fácil? ()N ()S

Recusa auxílio? ()N ()S

Tem resistência ao toque (afago, carinho). ()N ()S

12. Escolaridade:

A criança já estudou antes em outra escola?

Qual?

Motivo da transferência:

Já repetiu alguma série? ()N ()S Se sim qual?

A criança recebe algum tipo de orientação quanto aos deveres de casa? ()N ()S

Quem oferece? Durante quanto tempo?

13. Participa de algumas das atividades abaixo?

() Curso de língua estrangeira. Qual(is)?

() Modalidades esportivas. Qual(is)?

() Dança. Qual(is)?

() Instrumento musical. Qual(is)?

14. Sociabilidade:

Faz amigos com facilidade?

Adapta-se facilmente ao meio?

Quem são os companheiros da criança nas brincadeiras?

Escolha de grupo:

Mesmo sexo Sexo oposto Criança da mesma idade Criança mais nova Criança mais velha

Distrações preferidas: Televisão Música Leitura Coleção Computador
 Outros. Quais?

Atitudes sociais predominantes: (assinalar)

Obediente Independente Comunicativo

Agressivo Cooperador

Emocionais:

Tranquilo Seguro Ansioso

Alegre Emotivo Queixoso

Observações:

1.2 Anamnese Infantil

INÍCIO: _____

Dados de Identificação:

Nome:.....

Idade:

Data de Nascimento:

Escolaridade:.....

Escola:

Endereço da Escola:.....

Nome da Professora:

Filiação:

Nome do pai:.....

Idade: Profissão:

Local de Trabalho:

Escolaridade:

Nome da mãe:.....

Idade: Profissão:

Local de Trabalho:

Escolaridade:

Endereço:

Telefone residencial:

Celular:

Encaminhamento:

.....

Histórico Familiar

a) Há quanto tempo estão juntos?.....

b) É o 1o. Casamento?.....

c) Quem mora na casa?.....

d) Como é o relacionamento? Reação da criança frente à situação?

.....
.....

e) Quantos filhos têm?.....

f) Com quem a criança se dá melhor em casa?.....

g) Com quem ela se dá pior?.....

h) Algum filho é adotivo?.....

i) Como é o ambiente familiar?.....

j) Ordem das gestações:.....

k) Abortos: Naturais () Provocados ()

l) Doenças, Mortes e/ou Acidentes?.....

m) Religião?.....

n) A criança foi planejada?.....

Gestação:

Qual era o sexo desejado pela mãe?.....

Qual era o sexo desejado pelo pai?

Quais as condições da família durante a gravidez?.....

.....
* Saúde.....

* Econômica.....

* Emocionais

pai.....

- mãe

- filhos

* Relacionamento do casal

Como foi a gravidez? Desejaram:.....

Houve algum acontecimento importante neste período?

.....
.....
.....
.....

Houve preparação ou curso para parto? O marido participou?

.....
.....
.....
.....

Houve alguma interferência de outros parentes durante o período de gestação? Explique?.....

.....
.....

A gravidez alterou algum plano feito anteriormente pela família? Se sim, quais planos?.....

.....
.....

Existia algum pensamento ruim em relação ao parto durante a gravidez?.....
.....
.....

Teve enjoos? Quando?.....

Teve vômitos? Quando?.....

Fez pré-natal?.....

Quando sentiu a criança mexer? Como foi?.....

Fez ultra-som?..... Em que Mês?..... Por quê?.....

Transfusão?..... Por quê?.....

Doenças durante a gravidez?.....

Medicamentos tomados?.....

Condições de Nascimento:

Local:.....

Qual foi a duração do trabalho de parto?.....

Rompeu a bolsa antes do nascimento?.....

Houve dilatação?.....

O parto foi: Prematuro () - Parto Normal () Fórceps () Cesárea ()

Chorou logo ao nascer?..... Ficou roxo?.....

Precisou de oxigênio?..... Teve icterícia?.....

Como a mãe reagiu ao nascimento do filho?.....

E o pai?.....

Problemas após o nascimento:

Recebeu informações sobre como cuidar do bebê? Quem auxiliou?

.....
.....
.....
.....

Quem escolheu o nome do Criança :

Por quê?

Observações:.....
.....
.....
.....

Histórico da Criança:

a) Como organizou a casa para atender o filho?

R:.....
.....
.....
.....

Alimentação:

a) Características da mamada: Por quanto tempo foi amamentado após o parto? A criança aceitou bem o seio? Mamou logo, Engolia logo, Arrotava, vomitava, adormecia, qual o horário, complementava a alimentação? Por quê? Durante quanto tempo? Atitude do desmame? Teve problema com o leite? Rejeitou alimentação alguma vez? Atitude tomada? Recebeu ou recebe ajuda para comer?

R:.....
.....
.....
.....

b) Tomou mamadeira?.....

.Até quando?.....

Como aceitou a mamadeira?

c) Com que idade começou a receber outro tipo de alimentação?.....

Qual foi a alimentação oferecida?.....

Qual a reação da criança?.....

Quem dava a alimentação para a criança?

A criança rejeitou a alimentação?.....

Nessas ocasiões, qual a atitude tomada pelos pais?.....

d) Atualmente, como são os hábitos de alimentação da criança?.....

.....

Quando começou a comer sozinho? Como foi?.....

.....

Desenvolvimento Psicomotor

Quando sustentou a cabeça, sentou sozinha, engatinhou, andou, usou chiqueirinho, andador, quem ensinou, como são os movimentos hoje?

.....

.....

.....

.....

Depois de aprender a andar, parou de fazê-lo em alguma ocasião?.....

Por quê?.....

Manipulações:

a) Usou chupeta? Chupou o dedo?

b) Tem algum objeto de manipule? Puxa orelha? Roeu ou roe as unhas? Arranca o cabelo? Morde lábios?

R:.....

.....

.....

.....

c) Apresenta algum tique? Em que situação nota? Mudou? Sequência? Atitude tomada?

R:

.....
.....

Sono

a) Onde dormia quando chegou?.....

b) Como dorme hoje?.....

Sonhos , pesadelos, chama à noite, condições para dormir, precisa de objetos, luz, quantas horas:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

c) Algum movimento sem acordar e sem lembrar no dia seguinte?

.....
.....

d) Tem sonhos? O que acontece quando lembra?

.....
.....
.....

e) Dormia em quarto separado e/ou com os pais? Até que idade? Qual foi a atitude dos pais?

.....
.....
.....
.....

f) Acordava e ia para o quarto/cama dos pais? Atitude dos pais frente a esta situação?

.....
.....
.....
.....

Sexualidade

a) Com que idade apresentou curiosidades em termos de diferença de sexo? Como foi?

.....
.....
.....

b) Curiosidade sobre o nascimento de bebês?.....

.....

c) Faz perguntas? Como respondem? Nos primeiros anos de vida fazia brincadeiras de toque no corpo? Onde? Atitude dos pais?.....

.....

Socialização

Tem amigos?..... De que idade?

Prefere ficar sozinho ou com eles?

Desde que idade?

Como é seu relacionamento com os colegas?

Quando está sozinho o que costuma fazer?

É cuidadoso com as suas coisas?

Que tipo de atividade prefere?

Que tipo não gosta?

Desinteressa-se logo por eles?

Adapta-se facilmente ao meio?

Reações Emocionais

Qual é o gênio da criança?

Chora com facilidade?

Medos / Atitudes?

Ciúmes / De quem / Como vocês reagem?

Linguagem

Como foi a evolução?

Houve ajuda, corrigiam-no, como vocês falam com ele?

Higiene (Fase Anal)

Quando controlou (fezes e urina), houve recaídas, quem ensinou, quanto tempo levou, como reagia, quando não controlava; quando passou a tomar banho sozinha? E a lavar as mãos e o rosto sozinha? Escovar os dentes?.....

.....

.....

.....

.....

Escolaridade

Com que idade iniciou?

Como foi o 1o. dia na escola?

Gostou de estudar?

Como se dá com os colegas?

Com os professores?

tem dificuldades?

Foi reprovada alguma vez?

É castigada quando tira nota baixa?

Mudou de escola?

Doenças

Que doenças já teve?

.....

Alguma cirurgia?.....

.....

Observações:.....

.....

.....

Afetividade e Relacionamento

Como vocês o veem em relação a sua idade:

(Intelectual, físico e afetivo)

.....

.....

.....

.....

.....

Como é a relação com os irmão?

.....

.....

Chora, ri, Se revolta, Mente, há teimosia, Fantasia, e/outros tipos de comportamentos?

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....

Observações Finais:

.....
.....
.....
.....
.....

1.3 Anamnese Infantil e Adolescente

1 - Identificação

Nome da criança e/ou adolescente:

Sexo: () masc. () fem.

Data de nascimento: __/__/____ Idade: __anos e __m.

É filho: () natural () adotivo

Fone(s): Res: _____ Recado: _____ (falar com _____)

Trab.Mãe: _____ Trab.Pai: _____ Celular: _____

Endereço residencial do cliente: Rua/ Av:

Bairro: _____ Cidade/ UF: _____ CEP _____

Local de trab. do pai e mãe: _____

Obs:

Nome do responsável que trouxe para o atendimento: _____

Grau de parentesco: _____ Data nasc: __/__/____

Idade: _____ Naturalidade: _____ Profissão: _____

Quem encaminhou ao atendimento: _____

Por que? _____

2 – Dados da Escola

Série: __ do __ grau .

Estuda no período: ()manhã ()tarde ()noite ()integral

Nome da escola: _____

Endereço da escola: _____

Telefones: _____

()Particular () Estadual () Municipal ()Abrigo ()Outro: _____

3 - Disponibilidade de horários

Assinale com um X nos dias e períodos do dia disponíveis para vir aos atendimentos:

Dia da semana	2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira
Manhã					
Tarde					

OBS.:

4 - Núcleo familiar							
Nome	Idade	Natural de	Escolaridade	Profissão	Estado civil	Reside com você?	Observações (morte, etc)
Pai:							
Mãe:							
Irmãos:							
Caso seja casado, cônjuge:							
Filhos do cliente (caso tenha):							
Outras pessoas que moravam ou moram com a família (indicar):							

OBS: _____

5 – Condições Sócio - Econômicas

(Obs: a condição econômica não influenciará nas condições de atendimento, elas visam somente registrar dados sobre a clientela da clínica)

Mora em casa: () própria () alugada () financiada () emprestada () junto a parentes.

Quem? _____

Quantos cômodos tem a casa? _____ Para quantas pessoas? _____

Como é a casa? () bem acabada () rebocada () sem reboco

Obs: _____

Costumam mudar muito de residência? () não () sim
Por quê? _____

Renda familiar em salários mínimos:

() 1 () 1 a 2 () 2 a 3 () 3 a 5 () 5 a 10 () 10 a 20 ()
mais de 20

Quem contribui para a renda familiar?

Possui convênio médico? () sim () não Qual?

Assinale quantos dos bens abaixo a família possui em casa no quadro correspondente:

Dados de classificação sócio-econômica	Não tem	1	2	3 ou mais
Banheiro (incluindo lavabo)				
Rádio (incluindo a pilha)				
Máquina de lavar roupas				
Tanquinho				
Automóvel				
Televisor (preto e branco)				
Televisor (em cores)				
Vídeo cassete				
Geladeira				
Forno de microondas				
Telefone celular				
Computador				
Vídeo game				
Empregada mensalista (trabalha todos os dias)				
Babá				

Possui bens imóveis: () sim () não Quais:

6 - Dados sobre a família

Algum dos filhos é adotivo? Qual?

Algum filho mora com outras pessoas? () sim () não
Porque? _____

Houve algum aborto? () sim () não Quantos? ____ () natural ()
provocado

Morreu algum filho?

Quando? _____ Com que idade? _____

Causa: _____

Qual a idade do paciente na ocasião?

Quem mora na casa?

() pai () mãe () avó () avô () tios () outros:

Os pais já tiveram tratamento psicológico ou psiquiátrico?

() Pai () Mãe

Quando? _____

Em que Instituição?

Por quê?

Nome da Instituição e/ou do profissional que o atendeu: _____

Que tipo de tratamento recebeu? _____

Terminou? () sim () não.

21 Por que: _____

O pai tem algum problema? Qual?

Toma algum medicamento? Qual?

Há quanto tempo? _____

A mãe tem algum problema? Qual?

Toma algum medicamento? Qual?

Há quanto tempo? _____

Outras observações sobre os pais: _____

A família possui alguma crença religiosa?

Qual?

Frequentam-na? () sim () não

Qual a orientação dada aos filhos a respeito?

Qual o grau de escolaridade do pai?

E da mãe?

Estudam atualmente? Quem? Por quê?

Hábitos:

Assistem TV: () sempre () algumas vezes () raramente () nunca

Lêem revistas: () sempre () algumas vezes () raramente () nunca

Lêem jornais () sempre () algumas vezes () raramente () nunca

Lêem livros: () sempre () algumas vezes () raramente () nunca

Ouvem músicas: () sempre () algumas vezes () raramente () nunca

Frequentam clube: () sempre () algumas vezes () raramente () nunca

Frequentam shows: () sempre () algumas vezes () raramente () nunca

Outras atividades: _____

Há costumes e tradições familiares atualmente? () sim () não

Quais? _____

Há deficientes mental na família? () sim () não. Quem? _____

Há portadores de sofrimento mental? ()sim ()não

Quem? _____

Há algum caso de sífilis na família? ()sim ()não.

Quem? _____

Há alguém internado na família? ()sim ()não.

Quem? _____

Por quê? _____

Houve alguma tentativa de suicídio na família? ()sim ()não

Quem? _____

Houve alguma tentativa de homicídio na família?

()sim ()não

Quem? _____

O paciente apanha?

()sempre ()de vez em quando ()raramente ()nunca

De _____ quem _____ e _____ por _____ quê?

Explique:

Há outras agressões na família?

Descreva e explique: _____

Há alguém com asma ou problemas alérgicos na família?

()sim ()não

Quem? _____

Há alguém viciado na família?

()sim ()não

Quem? _____

Em quê?

()álcool ()fumo ()drogas. Qual?

Há projetos / planos da família? Quais?

Qual a expectativa com relação à escolaridade dos filhos?

O que pensa sobre o futuro deste filho?

7 - História do paciente

Gravidez, parto e puerpério

A gravidez foi planejada?

()sim ()não

Fez acompanhamento pré-natal?

()sim, a partir do _____ mês. ()não

Qual era o sexo desejado pela mãe?

()feminino ()masculino ()indiferente

Qual era o sexo desejado pelo pai?

()feminino ()masculino ()indiferente

Havia problemas na família durante a gravidez? De que tipo?

A gravidez alterou algum plano feito anteriormente pela família?

Existia algum pensamento ruim em relação ao feto durante a gravidez?

Qual?

Em relação ao parto?

Onde foi feito o parto?

O médico estava presente?

O pai estava presente?

Qual a duração do trabalho de parto?

Rompeu a bolsa antes do nascimento?

Houve dilatação?

O parto foi: () natural () cesariana () fórceps

Chorou logo ao nascer? () sim () não Ficou roxo? () sim () não

Precisou de oxigênio? () sim () não Teve icterícia? () sim () não

Observações sobre o parto:

Como a mãe reagiu ao nascimento do filho(a):

E o pai?

Como foi a reação da mãe ao receber o filho para a primeira mamada?

Como a criança se comportou ao seio?

Pegou rápido? () sim () não

Sugou bem? () sim () não

Obs:

Houve dificuldades nos primeiros cuidados com a criança?

() sim () não

Quem cuidou da criança nos primeiros dias de vida?

Por que?

Por quanto tempo?

Usou chupeta? () sim () não Por quê?

Quando foi retirada?

De que maneira? _____

Chupou dedo? () sim () não
Até quando?

Dormiu no quarto dos pais? () sim () não
Por quanto tempo?

Por quê?

O nascimento alterou a relação do casal? Em quê?

Alimentação

Até que idade mamou ao seio?

Como foi a retirada do seio?

Tomou mamadeira?
() sim () não
Até quando?

Com que idade começou a receber outro tipo de alimentação?

Qual _____ foi _____ a _____ alimentação?

Do que gostava?

Do que não gostava?

Como reagia?

Quem dava alimentação para a criança?

Rejeitava alimentos?

Como os pais reagiam a isso?

Atualmente, como se alimenta?

Sono

Quando bebê, dormia bem?

E atualmente?

Em que horários costuma dormir?

Tem cama individual?
() sim () não

Mexe-se muito dormindo?

()sim ()não

Baba?

()sim ()não

Anda?

()sim ()não

Fala?

()sim ()não

Grita?

()sim ()não

Range os dentes?

()sim ()não

Arregala os olhos?

()sim ()não

Se sim, reconhece as pessoas?

()sim ()não

Quando acorda à noite procura os pais?

()sim ()não

Acorda várias vezes?

()sim ()não

Tem pesadelos constantes?

()sim ()não

Transpira muito durante o sono?

()sim ()não

Urina na cama?

()sim ()não

Como reage quando faz isso?

E os pais, como reagem?

Desenvolvimento psicomotor e linguagem

Com quanto tempo:

Sustentou a cabeça ?

Sentou?

Engatinhou?

Andou?

Permanecia muito tempo no quadrado ou chiqueirinho?

()sim ()não

Alguém ensinou-a a andar?

Quem? _____

Depois de aprender a andar, parou de fazê-lo em alguma ocasião?

() sim () não

Por quê? _____

Quando falou as primeiras palavras?

Falou ou fala corretamente?

() sim () não

Trocava ou troca letras?

() sim () não Quais? _____

Gaguejou ou gagueja? () sim () não

Os pais tinham hábito de conversar com a criança, mesmo quando esta ainda não falava? () sim () não

Falavam naturalmente ou usavam linguagem infantil?

() naturalmente () infantil

Depois de aprender a falar, parou de fazê-lo em alguma ocasião? Por quê?

Com que idade controlou a urina durante o dia ?

E durante a noite?

Com que idade controlou as fezes durante o dia?

E durante a noite?

Como aprendeu estes controles?

Quem ensinou?

Depois de aprender a controlar (urina e fezes), em alguma ocasião deixou de fazê-lo? Por quê?

Quanto à lateralidade é: () destra () canhota () ambidestra

Obs:

Comportamentos e hábitos

Roe unhas? () sim () não Desde: _____ Razões dadas:

Morde os lábios? () sim () não Desde: _____ Razões dadas:

Puxa os cabelos? () sim () não Desde: _____ Razões dadas:

Tem algum tique? () sim () não Desde: _____ Razões dadas:

Como os pais reagem a isso?

Prefere brincar:

() sozinho () acompanhado?

Que tipo de brincadeira prefere? _____

Cuida dos brinquedos? _____

Tem amigos? _____

Normalmente, estes amigos são da mesma idade?

() sim () não

Faz amizades facilmente? () sim () não

Lidera nas brincadeiras? () sim () não

Quem escolhe os amigos?

Como se comporta em festas?

Costuma frequentar a casa dos amigos? () sim () não

Recebe amigos em casa? () sim () não

Que tipo de amigos tem? São de conhecimento dos pais? _____

Sexualidade

Tem curiosidade sexual? () sim () não

Faz perguntas sobre:

Nascimento? () sim () não

Órgãos genitais? () sim () não

Sexo? () sim () não

Qual a atitude dos pais frente a essas perguntas?

Que nome usa para os órgãos genitais?

Mexe ou mexeu muito no órgão genital? () sim () não Em que idade? _____

Qual a atitude dos pais frente a isso? _____

Já souberam de algum tipo de brincadeira sexual? () sim () não

De que tipo? Com quem? _____

Sofreu algum tipo de violência sexual? () sim () não Qual? De quem?

Qual a atitude dos pais frente a isso? _____

No caso de adolescentes mais velhos favor responder sozinhos as questões abaixo:

Tem vida sexual ativa? () sim () não

Quando iniciou?

Já morou/mora junto com um parceiro ou foi casado/a? Explique:

Acredita ter orientações suficientes sobre assuntos ligados a sexo?

() sim () não

Gostaria de saber mais sobre:

Escola

Quando começou a frequentar a escola?

Como se adaptou à mesma? _____

Quem costuma levá-la à escola? _____

Houve alguma dificuldade em relação à aprendizagem?

De que tipo? _____
Em que ano? _____
Vai bem na escola? _____
Gosta da(s) professora(s)? _____
Tem dificuldade em:
Matemática? () sim () não
Que tipo? _____
Português? () sim () não
Na leitura? () sim () não
Na escrita? () sim () não
Estudos sociais? () sim () não.....Que tipo? _____
É inquieto na classe? _____
Briga muito com os amigos? _____
Na escola mantém-se isolado dos colegas? () sim () não
Foi reprovado alguma vez?
() sim () não Quando? _____
Por quê? _____
Mudou de escola? () sim () não Por quê? _____
Como os pais reagem quando tira notas baixas? _____

Alguém auxilia a criança nos estudos? () sim () não
Quem? _____
Saúde

A criança / adolescente tem algum problema físico? () sim () não
Qual? _____

Tomou ou toma algum medicamento? () sim () não
Qual? _____
Há quanto tempo? _____
Que _____ doenças _____ teve _____ na _____ infância?

Sofreu algum acidente? () sim () não
Como foi? _____
Enxerga bem? () sim () não
Ouve bem? () sim () não
Fala errado?() sim () não Que erros comete: _____
Já esteve no médico oftalmologista (dos olhos)? () sim () não
Que médicos frequentou? _____
Já esteve em algum tipo de atendimento especializado? () sim () não
De que tipo? () Psicológico () Fonoaudiológico () Psiquiátrico
() Psicopedagógico () Outro _____
Por quanto tempo? _____ Porque deixou? _____
Algum outro dado importante sobre a saúde dele / dela? _____

Quais as doenças que já teve, com que idade e qual a gravidade? _____

Sofreu algum tipo de operação? Qual? Com que idade? _____

Teve convulsão? Com que idade? Descreva a mesma. _____

A convulsão apareceu após a febre alta? () sim () não

Sofreu desmaios? ()sim ()não Quando?

Já teve algum tombo de maior consequência? Quando? O que foi feito?

Teve algum tipo de acidente? Quando? Descreva.

Observações que o informante desejar fazer:

Nome do informante: _____

_____, _____ de _____ de 20____.

Responsável pela anamnese:

1.4 Anamnese Infantil

ANAMNESE COM OS PAIS:

A. Nascimento: _____

B. Desenvolvimento: _____

C. Doenças: _____

D. Vícios e tiques: _____

E. Alimentação: _____

F. Sono: _____

G. Hábitos pessoais: _____

H. Expectativas perante a escolha: _____

OBS:

2. MODELO DE ENTREVISTA ANAMNESE ADULTO

Seus dados pessoais:

Nome: _____

Estado Civil: _____

Data de Nascimento: _____ Religião: _____

Sexo: _____ Data: _____

Ocupação: _____

Suas Dificuldades e Objetivos

Liste resumidamente as três principais dificuldades que o levou a procurar ajuda.

1- _____

2- _____

3- _____

O que você quer conseguir com a terapia?

Você e sua Família

1- Qual o seu local de nascimento?

2- Dê alguns detalhes sobre o seu PAI (se souber)

Qual a idade dele atualmente? _____

Se ele não está vivo, com que idade morreu? _____

Qual é, ou era a ocupação dele? _____

Conte alguma coisa sobre seu pai, caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ele.

3. Dê alguns detalhes sobre sua Mãe (se souber)

Qual é a idade dela atualmente? _____

Se ela já não está viva, com que idade morreu? _____

Que idade você tinha quando ela morreu? _____

Qual é, ou era, a ocupação dela? _____

Conte alguma coisa sobre sua mãe, caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ela.

4. Se houver ou houve algum problema no seu relacionamento com seus pais, por favor, descreva o(s) mais importante(s).

O quanto isso o incomoda atualmente? (por favor, circule).

Em absoluto Um pouco Moderadamente Muito Não poderia ser pior

Seus irmãos e irmãs (se souber)

Quantos filhos, incluindo você, há na sua família? _____

Dê seus nomes e outros detalhes listando-os abaixo. Inclua você, e comece pelo mais velho. Inclua também meio-irmão, filho de padrasto ou madrasta ou outras crianças adotadas por seus pais e indique quem são elas.

Nome Ocupação Idade Sexo Comentários

Descreva as relações com seus irmãos, se são benéficas ou problemáticas para você.

Como era o clima geral na sua casa?

Houve alterações importantes, por exemplo, mudanças ou outro evento significativo durante a sua infância ou adolescência?

Inclua alguma separação da família. Dê as idades aproximadas e detalhes.

Houve mais alguém que tenha sido importante para você durante a sua infância, (p.ex. avós, tias/tios, amigo da família, etc.)? Em caso positivo, você poderia nos contar alguma coisa sobre ele (a)?

Alguém na sua família já recebeu tratamento psiquiátrico?

Sim () Não () Não tenho certeza ()

Alguém na sua família tem história de doença mental, álcool ou abuso de droga?

Sim () Não () Não tenho certeza ()

Em caso positivo, preencha:

Membro da Família Lista de problemas psiquiátricos, com álcool ou drogas

Algum membro de sua família já morreu por suicídio? S/N

Em caso positivo, qual seu grau de parentesco com essa pessoa?

Sua Educação

1. Por favor, conte-nos alguma coisa sobre sua escolaridade e educação.

Você gostava da escola? Houve algum sucesso ou dificuldade em particular? Quais foram os mais importantes?

2. O quanto isso o incomoda?(por favor, circule)

Em absoluto Um pouco Moderadamente Muito Não poderia ser pior

Sua História Laboral

1. Que atividade ou papel principal desempenha atualmente?

2. Por favor, conte-nos alguma coisa sobre sua vida laboral passada, incluindo os empregos e treinamentos que fez.

3. Houve dificuldades particulares? Quais foram as mais importantes?

Experiências de Acontecimentos Perturbadores

1. Às vezes acontecem coisas às pessoas que são extremamente perturbadoras, coisas como estar em uma situação de ameaça de vida, um desastre, um acidente muito grave, um incêndio, ser agredido fisicamente ou estuprado, ver outra pessoa ser morta, muito ferida ou ficar sabendo de algo terrível que aconteceu a alguém próximo a você.

Em algum momento durante a sua vida, este tipo de coisas aconteceu com você?

a) Em caso negativo, por favor, marque aqui: _____.

b) Em caso positivo, por favor, liste os eventos traumáticos.

Descrição Breve Data (mês/ano) Idade

Caso tenha sido listado algum evento: Às vezes as coisas ficam voltando em pesadelos, flashbacks ou pensamentos dos quais você não consegue se livrar. Isso já aconteceu a você?

Sim ()

Não ()

Em caso positivo: E quanto a ficar muito perturbado quando você esteve em uma situação que lhe fez lembrar-se de uma dessas coisas terríveis?

Sim ()

Não ()

Você alguma vez passou pela experiência de abuso físico quando criança?

Sim ()

Não ()

Não tenho Certeza ()

Você alguma vez passou pela experiência de abuso físico quando adulto?

Sim ()

Não ()

Não tenho Certeza ()

Você alguma vez passou pela experiência de abuso sexual quando criança?

Sim ()

Não ()

Não tenho Certeza ()

Você alguma vez passou pela experiência de violência sexual, incluindo encontros amorosos ou conjugais?

Sim ()

Não ()

Não tenho Certeza ()

Você alguma vez passou pela experiência de abuso emocional ou verbal quando criança?

Sim () Não () Não tenho Certeza ()

Você alguma vez passou pela experiência de abuso emocional ou verbal quando adulto?

Sim () Não () Não tenho Certeza ()

Seu Parceiro e Sua Família Atual

1. Sobre o(s) seu(s) parceiro(s)

a) Por favor, descreva brevemente relacionamento(s) anterior(es) importante(s), em ordem cronológica. Inclua o tempo que durou e por que você acha que o(s) relacionamento(s) terminou.

b) Você tem um parceiro atualmente? Em caso positivo, qual a idade dele/dela?

Qual é a ocupação dele/dela? _____

Há quanto tempo vocês estão juntos? _____

c) Por favor, conte-nos alguma coisa sobre seu parceiro(a), seu caráter ou personalidade e o seu relacionamento com ele/ela. O que você gosta nesta relação?

d) Se houver problemas no relacionamento com o seu parceiro, por favor, descreva o(s) mais importante(s).

O quanto isso lhe incomoda atualmente? (circule)

Em

absoluto Um pouco Moderadamente Muito Não Poderia ser pior

2. Como é sua vida sexual? Você tem alguma dificuldade em sua vida sexual? Em caso positivo, por favor, tente descrevê-la.

O quanto isso lhe incomoda atualmente? (por favor, circule).

Em absoluto Um pouco Moderadamente Muito Não poderia ser pior

Sobre seus filhos (se souber)

a) Se você tiver filhos, liste-os por ordem de idade. Por favor, indique algum filho de casamento(s) anterior(ES) e filhos adotados; indique quem eles são.

b) Por favor, descreva seu relacionamento com seus filhos. Se houver alguma dificuldade com seus filhos, por favor, descreva a (s) mais importante(s).

O quanto isso lhe incomoda atualmente? (por favor, circule).

Em absoluto Um pouco Moderadamente Muito Não poderia ser pior

Sua História Psiquiátrica

1. Você já foi hospitalizado por algum motivo emocional ou psiquiátrico? S / N
2. Você já recebeu tratamento psiquiátrico ou psicológico ambulatorial? S / N
- 3.

Em caso positivo, detalhe :

4. Você está tomando alguma medicação por motivos psiquiátricos? S / N

Em caso positivo, detalhe:

4. Você já tentou suicídio? S / N

Em caso positivo, quantas vezes você tentou suicídio?

Sua História Médica

1. Quem é seu clínico geral?
 2. Qual foi a última vez que você fez um check up?
-

3. Você foi tratado pelo seu clínico geral ou foi hospitalizado neste último ano?

S / N

Em caso positivo, por favor, especifique.

4. Houve alguma mudança na sua saúde geral neste último ano? S / N

Em caso positivo, por favor, especifique.

5. No momento você está tomando alguma medicação não – psiquiátrica ou drogas de prescrição? S / N

6. Você já teve ou tem uma história das enfermidades

Você está grávida ou acha que pode estar? S / N

Você já teve ataques, acessos, convulsões ou epilepsia S / N

Você tem prótese de válvula cardíaca? S/N

Você tem alguma condição médica atual? S / N

Em caso positivo, por favor, especifique:

Você tem alergia a alguma medicação ou alimento S / N

Em caso positivo, por favor, especifique:

História de Uso de Álcool e Drogas

1. O seu uso de álcool já lhe causou algum problema? S/ N
2. Alguém já lhe disse que o álcool lhe causava algum problema ou reclamou sobre o seu comportamento de beber? S/ N
3. O seu uso de drogas já lhe causou algum problema? S/ N
4. Alguém já lhe disse que as drogas lhe causavam algum problema ou reclamou sobre o seu uso delas? S/ N
5. Você ficou “viciado” em alguma medicação prescrita ou já tomou mais do que deveria? S/ N

Em caso positivo, por favor, liste essas medicações:

6. Você já foi hospitalizado, entrou em programa de desintoxicação ou esteve em algum programa de reabilitação por problemas com alguma droga ou álcool? S/ N

Em caso positivo, quando e onde você foi hospitalizado?

Seu Futuro

1. Por favor, mencione alguma satisfação particular que você obtém com a sua família, sua vida laboral ou outras áreas que são importantes para você.

2. Você poderia nos contar alguma coisa sobre seus planos, esperanças e expectativas para o futuro?

3. Por favor, você poderia nos contar como se sentiu preenchendo este questionário?

2.1 Anamnese Adulto

ANAMNESE ADULTO

Data do atendimento: _____

1 – IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____ Data de nascimento _____

Grau de instrução: _____

Profissão: _____

Residência (Cidade/Estado): _____

Telefones para contato: _____

2 – ATENDIMENTO:

Frequência: _____

Data/hora: _____

a) Queixa Principal:

b) Secundária:

c) Sintomas:

3 – HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:

a) Início da patologia:

b) Frequência:

c) Intensidade:

d) Tratamentos anteriores:

e) Medicamentos:

4 – HISTÓRICO PESSOAL:

a) Infância:

b) Rotina:

c) Vícios:

d) Hobbies:

e) Trabalho:

5 – HISTÓRICO FAMILIAR:

a) Pais:

b) Irmãos:

c) Cônjuge:

d) Filhos:

e) Lar:

f) Patológica Progressiva (enfermidades e tratamentos atuais e anteriores):

6 – EXAME PSÍQUICO:

a) Aparência:

b) Comportamento:

c) Atitude para com o entrevistador:

() cooperativo () resistente () indiferente

d) Orientação:

() Autoidentificatória () corporal () temporal () espacial () orientado em relação a patologia

Observações:

e) Atenção:

Vigilância: _____

Tenacidade: _____

f) Memória:

g) Inteligência:

h) Senso percepção:

() normal () Alucinação

i) Pensamento:

() acelerado () retardado () fuga () bloqueio () prolixo () repetição

* Conteúdo:

() obsessões () hipocondrias () fobias () delírios

* expansão do eu:

() grandeza () ciúme () reivindicação () genealógico () místico, de
missão salvadora () deificação () erótico () de ciúmes () invenção ou
reforma () ideias fantásticas () excessiva saúde () capacidade física ()
beleza () outros: _____

* retração do eu:

() prejuízo () auto-referência () perseguição () influência () possessão
() humildades () experiências apocalípticas () outros:

* negação do eu:

() hipocondríaco () negação e transformação corporal () autoacusação ()
culpa () ruína () niilismo () tendência ao suicídio () outros:

j) Linguagem:

() *disartrias* (má articulação)
() *afasias, verberação* (repetição de palavras)
() *parafasia* (emprego inapropriado de palavras com sentidos parecidos)
() *neologismo*
() *mussitação* (voz murmurada em tom baixo)
() *logorréia* (fluxo incessante e incoercível de palavras)
() *para-respostas* (responde a uma indagação com algo que não tem nada a ver com o que foi perguntado)

k) Afetividade:

3. MODELO ANAMNESE IDOSO

IDENTIFICAÇÃO

Nome do paciente: _____ Data de hoje: _____

Nome do depoente: _____ Relação com o paciente: _____

Telefones de contato: ____ Data de nascimento: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Local de nascimento: _____

Escolaridade: _____

Diagnóstico médico (se houver): _____

Queixa: _____

LEVANTAMENTO DE SINTOMAS

Preocupações físicas:

Dores de cabeça o Tonturas ()

Enjôos ou vômitos ()

Fadiga excessiva ()

Incontinência urinária/fecal ()

Problemas intestinais ()

Fraqueza de um lado do corpo _____ (Indicar a parte do corpo) _____

Problemas com a coordenação ()

Tremores ()

Tiques ou movimentos estranhos Problemas de equilíbrio ()

Desmaios ()

Sensórias

Perda de sensações / Dormências (Indique o local) _____

Formigamentos ou sensações estranhas na pele (Indique o local)_____

Dificuldade de diferenciar quente e frio ()

Comprometimento visual ()

Vê coisas que não estão lá ()

Breves períodos de cegueira ()

Perda auditiva ()

Zumbidos nos ouvidos ()

Escuta sons estranhos ()

Dores (descreva) _____

Preocupações Intelectuais

Dificuldade de resolver problemas que a maioria consegue ()

Dificuldade de pensar rapidamente quando necessário ()

Dificuldade de completar atividades em tempo razoável ()

Dificuldade de fazer coisas sequencialmente ()

Linguagem

Habilidades não verbais

Problemas para encontrar caminhos em lugares familiares ()

Dificuldade de reconhecer objetos ou pessoas ()

Dificuldade de reconhecer partes do próprio corpo ()

Dificuldade de orientação do tempo (dias, meses, ano) ()

Outros problemas não verbais _____

Memória

Humor/Comportamento/Personalidade

- Tristeza ou depressão ()
- Ansiedade ou nervosismo ()
- Estresse ()

Problemas no sono como cochilo () dormindo muito () pouco ()

Tem pesadelos em uma base diária/semanal _____

Fica irritado facilmente _____

Sente euforia (se sentindo no topo do mundo) ()

Se sente muito emotivo (chorando facilmente) ()

Se sente como se nada mais importasse ()

Fica facilmente frustrado ()

Faz coisas automaticamente (sem consciência) ()

Se sente menos inibido (fazendo coisas que não fazia antes) ()

Tem dificuldade em ser espontâneo ()

Houve mudança na energia como: perda () / aumento ()

Houve mudança no apetite como: perda () / aumento ()

Houve mudança no peso como: perda () / aumento ()

Houve mudança no interesse sexual como: aumento () / queda ()

Houve falta de interesse em atividades prazerosas ()

Houve aumento de irritabilidade ()

Houve aumento na agressividade ()

Outras mudanças no humor, personalidade ou em como lida com as pessoas?

O paciente está passando por algum problema em sua vida nos aspectos a seguir listados?

Matrimonial/Familiar:

Financeiro/Jurídico:

Serviços domésticos/Gerenciamento de dinheiro:

Condução de veículos:

Início dos Sintomas/Sintomas se desenvolveram:

() vagorosamente () rapidamente

Seus sintomas ocorrem:

() de vez em quando () frequentemente

O que parece que faz o problema piorar?

Histórico Médico

Problemas médicos apresentados antes da condição atual do paciente: Arteriosclerose

Demência

Outras infecções no cérebro ou desordens (meningite, encefalite, privação de oxigênioetc)

Diabetes

Doenças cardíacas

Câncer

Doenças graves/desordens (doenças imunológicas, paralisia cerebral, pólio, pneumonia, etc)

Exposição à substância tóxica (ex: chumbo, solventes, químicos)

Grandes cirurgias

Problemas psiquiátricos

Outros

O paciente normalmente toma medicamentos?

O paciente fez consulta ou está sob tratamento psiquiátrico? Sim () Não ()

Histórico do uso de substâncias

História da família

Quantos irmãos o paciente tem? _____

Tem algum problema em comum (físico, acadêmico, psicológico) associado com algum dos seus irmãos? _____

Relação com a família:

Estado civil: _____ Quantos anos de casado(a) tem: de _____ até _____

Nome do (a) esposo(a): _____

Profissão do(a) esposo (a): _____

Saúde do(a) esposo (a): Excelente () Boa() Ruim()

Há crianças em casa: _____

Quem mais atualmente vive em casa? _____

Algum membro da família tem problema de saúde ou necessidades especiais significantes?

Histórico Profissional

O paciente trabalha atualmente? () Sim () Não

O paciente já se aposentou? () Sim () Não

Cargo ou função no trabalho: _____

Lazer

Resuma os tipos de lazer que o paciente gosta: _____

Ele ainda é capaz de realizar estas atividades? _____

Ele tem alguma religião ou frequenta alguma igreja? Sim () Não ()

Se sim, qual? _____

Hipótese Diagnóstica

Psicóloga(o)

4. MODELO ENTREVISTA TRIAGEM

4.1 Ficha de Triagem

Nº _____

Nome: _____

Sexo: () F () M Idade _____ Data de Nascimento _____

Estado Civil _____ Escolaridade _____

Escola _____

Filiação _____

Endereço _____

Bairro _____ Cidade _____

CEP _____ Telefone _____

Profissão _____

Renda _____ Nº dependentes _____

Procura espontânea _____

Encaminhado por _____

Horário de atendimento: _____

Motivo da procura _____

Data _____ Triado por _____

4.2 Triagem Psicológica

Data ___/___/201

Indicação de _____ ou _____

Nome completo _____

Idade _____ Nascimento ___/___/___

RG _____

CPF _____

Natural de _____ Estado _____

FORMAÇÃO, PROFISSÃO E RESIDÊNCIA

Nome da instituição/escola _____

Curso _____ Ano _____

Profissão _____

Empresa que trabalha _____

Cargo ou Função _____

Celular _____ Contato em caso de emergência _____

Email _____

Endereço: _____

Bairro _____ Cep _____

Com quem você mora atualmente?

- () Sozinho () com os pais () com amigos
() com cônjuge () com filhos () outros

DESLOCAMENTO

Como vem ao consultório?

- () carro () metrô () a pé () ônibus () taxi

Quanto tempo levou para chegar ao consultório? _____

Faz uso de alguma medicação atualmente?

(Nome, quantidade, Dosagem) _____

A medicação é prescrita por um médico: (sim) (não)

Qual nome, especialidade e telefone para contato: _____

Quais são os horários de disponibilidade para as sessões?

(Manhã) (tarde) (noite) dia da semana _____

Já fez psicoterapia anteriormente? (Sim) (não)

Por quanto tempo? _____ Quando? _____

Por quais motivos? _____

Teve resultados?

- Observações?

5. MODELO ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO VOCACIONAL / PROFISSIONAL

ENTREVISTA EM ORIENTAÇÃO VOCACIONAL E PROFISSIONAL

1. Identificação:

Data: ___ / ___ / ___

Orientando (a): _____

Idade: ___ anos e ___ meses Escolaridade: _____

Escola: _____

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP _____

Telefones: _____

Encaminhado por: _____

2. Composição da Família:

Integrante da Família	Idade	Escolaridade	Atividade Ocupacional
-----------------------	-------	--------------	-----------------------

(Pai/Mãe/Irmão/Irmã/Avós/etc...)

3. Relacionamento Familiar:

Nível sócio-econômico da família: _____

Satisfação com relação à situação: _____

4. Vida Escolar e atividades extracurriculares:

A. Rendimento escolar: _____

B. Matérias mais interessantes: _____

C. Matérias menos interessantes: _____

D. Matérias que tira melhores notas: _____

E. Matérias que tira piores notas: _____

F. Cursos feitos: _____

G. Participação em atividades extracurriculares: _____

5. Relacionamento social e afetivo:

A. Amizades: _____

B. Relação com sexo oposto: _____

C. Namoro: _____

D. Atividades de lazer: _____

E. Atividades Físicas e Esportivas: _____

F. Orientação religiosa / participação e opinião a respeito: _____

6. Saúde:

7. Vida profissional:

8. Preferências Profissionais:

A. Profissões mais desejadas: _____

B. Motivos das escolhas: _____

C. O que sabe sobre ela: _____

D. Profissões menos desejadas: _____

E. Motivo da rejeição: _____

9. Expectativa da Família quanto à escolha profissional:

10. Autoconceito:

A. O que pensa de si: _____

B. Qualidades e Habilidades: _____

C. Defeitos: _____

11. Planos para o futuro:

A. Principais motivações: _____

B. Aspirações pessoais: _____

C. Maiores desejos: _____

OBS:

6. MODELO DE ANAMNESE CASAL

ANAMNESE CASAL

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data de Nascimento:

Idade: _____

Religião: _____

Endereço: _____

Profissão: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data de Nascimento:

Idade: _____

Religião: _____

Endereço: _____

Profissão: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

MOTIVO DA CONSULTA E HISTORICO

QUEIXA PRINCIPAL:

EVOLUÇÃO DA QUEIXA:

Início da
Queixa: _____

Súbita ou
Progressiva: _____

Quais as mudanças que ocorrem/o que
afetou: _____

Sintomas: _____

QUEIXAS SECUNDÁRIAS:

HISTÓRIA DO CASAL □ como se conheceram, como se apaixonaram, pontos negativos e pontos positivos.

HISTÓRIA FAMILIAR

Composição Familiar:

Dinâmica Familiar:

EVENTOS SIGNIFICATIVOS

HISTÓRIA SOCIAL

Vida

Social: _____

Hábitos de Lazer: _____

Inserção em

Grupos: _____

Rede de

Apoio: _____

Considerações Finais:

7. MODELO ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO

ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO

Nome: _____

Setor: _____ Cargo: _____

Sup. Imediato: _____

Data de admissão: _____ Data de demissão: _____

Motivo do desligamento:

Quem comunicou o seu desligamento? E como foi feita a comunicação?

Como era o ambiente de trabalho em relação:

1. Aos colegas:

2. À chefia:

3. Às tarefas a serem desenvolvidas:

4. Espaço físico, temperatura, higiene, iluminação:

5. Você considerava o seu salário adequado às tarefas desenvolvidas?

6. Gostava do trabalho que realizava?

7. Que tipo de autoridade era mantida no departamento em que você trabalhava?

8. Você participou de cursos promovidos pela Empresa? Quais?

9. Dê sua opinião sobre:

Ótimo Bom Regular Ruim

Atendimento recebido em Recrutamento & Seleção

Programa de Integração de Colaborador

Programa de Treinamento

Comunicação Interna

Atendimento recebido em Segurança do Trabalho

Atendimento recebido na Área de Benefícios

Convênio Médico

Convênio Farmácia

Refeitório

Comentários:

10. Qual a sua opinião sobre a Empresa de modo geral (normas, políticas, administração)?

11. Você teria alguma sugestão para apresentar no sentido de melhoria para a Empresa?

12. Comentários:

Entrevistado

Entrevistador

R H

8. MODELO DE ANAMNESE AUTISMO

ANAMNESE AUTISMO

Escola: _____

DATA _____ / _____ / _____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Série: _____

ENDEREÇO:

Data de Nascimento: _____

Idade: _____

Sexo: _____ Cor: _____

Religião: _____

Pai: _____

Escolaridade: _____

Idade: _____

Ocupação: _____ Instituto de Previdência: _____

Mãe: _____

Escolaridade: _____

Idade: _____

Ocupação: _____

Instituto de Previdência: _____

Endereço: _____

Responsável: _____

Informante: _____

II. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome Idade Sexo Estado Civil Grau de parentesco Instrução Local de Trabalho

Renda Familiar: _____

III. QUEIXA OU MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

IDADE EM QUE FOI CONSTATADO O PROBLEMA: _____

PROVIDÊNCIAS TOMADAS NA OCASIÃO: _____

Apresenta dificuldades motoras e orientação espaciais visíveis

IV. ANTECEDENTES

A gestação foi planejada?

Causa de gestações interrompidas e/ou mortes (se ocorreram)

V. GESTAÇÃO

1. Como a mãe reagiu à notícia da gravidez? (explorar sensações psicológicas)

2. Fez tratamento pré-natal? _____

3. Sofreu alguma queda durante a gravidez (em que mês)? Qual parte do corpo afetada?

4. Teve doenças durante a gestação? Quais? _____

5. Tirou radiografias durante a gestação?

6. Que medicamentos usou? (vitaminas, comprimidos, calmantes)

7. Tomou vacina durante a gestação?

8. Teve ameaça de aborto?

9. Fez transfusão de sangue na gestação? _____

VI. NASCIMENTO

Parto:

1. A termo _____ (meses) _____

2. Hospital () Casa () Com médico () Parteira ()

3. O parto foi normal () fórceps () cesariana ()

Por quê? _____

4. Tipo de anestesia: geral () raquidiana () peridural () nenhuma ()

5. Descrição do Parto (duração):

6. Posição do bebê: cabeça () face () mãos () pés () nádegas () Outra ()

7. Houve algum problema com o bebê logo que nasceu? Precisou de oxigênio? _____

8. Nasceu cianótico? _____

9. Chorou logo? _____

10. Qual o peso e tamanho? _____

11. Teve icterícia? _____ Como foi tratado? _____

VII. DESENVOLVIMENTO

a) Alimentação:

1. Como foi o aleitamento desde o nascimento até o desmame? E as reações à introdução de outros tipos de alimentação?

2. Teve ou tem problema para mastigar e/ou engolir? _____

3. Hábitos alimentares da criança (quantas refeições por dia, o que come, o que prefere, come muito, come pouco, foi ou é forçado a comer)

b) Desenvolvimento Psicomotor:

1. Idade em que sustentou a cabeça? _____

2. Quando se sentou sozinha? _____

3. Engatinhou? _____ Quando? _____

4. Quando andou? _____ Anda adequadamente? _____

5. Quando controlou os esfíncteres? _____

Anal: diurno _____ noturno _____

Vesical: diurno _____ noturno _____

Onde ficava a criança quando bebe

Se a criança sair sozinha, é capaz de voltar?

Perde-se com facilidade?

Caia muito quando pequena? _____

c) Linguagem:

1. Em que idade se deu o balbúcio? _____

2. Quando falou as primeiras palavras? _____

E as primeiras frases? _____

3. Apresenta algum problema de linguagem? _____

4. Apresenta gagueira? _____

5. Tem boa compreensão do que falam? _____

6. A criança foi estimulada a falar?

7. Quem conversava mais com a criança?

8. Contava histórias?

9. Teve acesso a livrinhos?

10. Quando a criança falava errado, qual a reação dos pais?

(A) corrigia (B) achava bonito (C) engraçado

11. Alguém da família apresenta dificuldade de linguagem? _____

12. Gosta de ler?

d) Sono:

1. Como é o sono? Calma () sua quando dorme () sonambulismo() agitado ()

fala dormindo () range os dentes () baba quando dorme()

2. A que horas costuma dormir a noite? _____

3. Apresenta problemas quando deve ir dormir? _____

4. Dorme durante o dia? _____

5. Tem algum hábito diferente antes de dormir?

6. Dorme em quarto só seu? Divide com quem? _____

7. Dorme em cama separada? _____

e) Saúde

1. Consulta o médico regularmente e somente quando necessário? _____

_____ Local: _____

2. A criança teve convulsões? _____ desmaios? _____

3. Teve: Sarampo () idade: _____

Coqueluche () idade: _____

Febre alta () idade: _____

Vermes () idade: _____

Varicela () idade: _____

Asma () idade: _____

Caxumba: () idade: _____

Traumatismo () idade: _____

Alergia () idade: _____

Bronquite () idade: _____

4. Vacinas:

Tríplice () Sabin () Pólio ()

Sarampo () Caxumba () Varíola () Outras ()

Reação: _____

5. Operações (do quê? Idade?): _____

6. Hospitalização (motivo, idade e duração): _____

7. Atendimento e medicamento em uso: _____

8. Visão:

Inclina a cabeça para olhar _____

Aproxima os objetos _____

Afasta os olhos _____

Franze a testa para diminuir o campo visual _____

Lacrimejamento excessivo dos olhos _____

Vermelhidão constante dos olhos _____

Coceira excessiva e constante nos olhos _____

Assiste televisão a menos de 2,5m de distância _____

Movimento excessivo dos olhos _____

Reclama, constantemente, que a visão é turva _____

Dores de cabeça constantes, principalmente na região fronto-temporal _____

9. Garganta: _____

10. Audição: _____

11. Defeito Físico: _____

12. Exames: Realizado em Resultado

Fezes () _____

Urina () _____

Sangue () _____

Visão () _____

Ouvido () _____

Garganta () _____

Coração () _____

Eletroencefalograma () _____

Radiologia () _____

f) Manipulação e Hábitos:

1. Usou chupeta? _____ até quando? _____

Ainda usa? _____

2. Chupou o dedo? _____ Até

quando? _____ ainda faz? _____

3. Roeu unhas? _____

Até quando? _____ ainda faz? _____

4. Puxa a orelha?

5. Puxa os cabelos?

6. Morde os lábios?

7. Teve ou tem tiques? _____

Quais? _____

g) Sexualidade

1. Já demonstrou curiosidade sexual?

2. Masturbação? _____

Em que idade? _____

Frequência? _____

3. Jogo sexual com outras crianças?

4. Atitude da família (itens 2 e 3):

5. Dificuldades nesta área (inclusive da família):

h) Sociabilidade

1. O que faz quando não está na escola?

2. Tem amigos?

3. Prefere brincar sozinha ou acompanhada?

4. É retraído ou extrovertido?

5. Faz amizade facilmente?

6. Briga facilmente?

7. Como reage às brincadeiras feiras com ela?

8. Prefere companheiros mais novos ou mais velhos?

9. Que tipo de brincadeiras prefere?

10. Demonstra ciúme em relação a algum amigo?

11. Fala sozinha

12. Brinca de faz de conta?

13. Imita animais? _____

Pessoas? _____

14. Quando tem algum problema como reage?

i) Vestuário e higiene / organização (dificuldade)

1. Veste-se sozinha?

2. Toma banho, lava as mãos, penteia-se sozinha?

3. Calça meias e sapatos adequadamente?

4. Faz nó e laço?

5. Como organiza seus brinquedos?

6. Ajuda nas tarefas em casa?

7. Arruma os materiais escolares?

8. Todos ajudam? Quem é o mais organizado em casa?

9. Costuma colecionar alguma coisa?

10. Arruma o guarda-roupa?

11. Como fica o banheiro depois do banho?

VIII. ANTECEDENTES FAMILIARES (relativos aos familiares até avós e tios-avôs):

1. Deficiência Física

2. Deficiência Mental

3. Alguém nervoso na família? _____

Quem? _____

Qual a reação quando nervoso?

4. Alcoolismo

5. Asma _____

6. "Ataque"

7. Suicídio

8. Alergia

9. Dificuldade Escolar

10. Morte não elaborada pela criança

IX. RELACIONAMENTO FAMILIAR

1. Existem conflitos?

2. A criança é protegida por quem?

3. É rejeitada? _____

Por quem? _____

4. Com quem fica quando os pais saem?

5. Relacionamento entre os pais:

6. Entre a mãe e a criança?

7. Entre o pai e a criança?

8. Entre irmãos?

9. Existe outro parente vivendo na casa? _____

Quem? _____

10. Quem conversa mais com a criança?

11. A criança mostra-se dependente de alguém da família?

Quem? _____

12. É comparado com algum irmão ou parente?

13. Os pais realizam alguma atividade juntamente com a criança (brincar, criar, trabalhar, assistir tv, etc.)?

14. A criança é responsável por atividade em casa/ O que faz?

15. Prefere estar em grupos ou isolada?

16. Ao realizar uma tarefa com certo grau de dificuldade tenta evitá-la? Desviando a atenção para seus próprios pensamentos? (Na hora da lição quer tomar lanche)

17. Demonstra comportamento de fuga?

18. Reclama de ir para a escola?

X. ESCOLARIDADE

1. Histórico escolar (Jardim – Pré):

Escolas que frequentou

2. Queixa principal da escola

3. Gosta de estudar? _____

Gosta da Professora? _____

4. Tem tempo para fazer as tarefas de casa?

5. Quem ajuda nas tarefas de casa?

6. O que a família faz quando a criança não vai bem na escola?

7. Qual a maior dificuldade apresentada pela criança?

8. Como se comporta na sala?

9. O que a família pensa da escola?

10. O que a família pensa da professora?

9. MODELO ENTREVISTA DE PSICOMOTRICIDADE

ANAMNESE DE PSICOMOTRICIDADE

A IDENTIFICAÇÃO:

Data ____ / ____ / ____

Nome: _____

Idade _____

Nome do pai: _____

Nome da mãe: _____

Irmãos (idades): _____

Os motivos da consulta: _____

OS ANTECEDENTES DA CRIANÇA:

A gravidez: _____

O parto: _____

Histórico dos primeiros dias: _____

Hábitos de higiene: _____

A marcha: _____

A linguagem: _____

Doenças e acidentes graves: _____

CONDIÇÕES DA VIDA DIÁRIA:

O meio: _____

Principais eventos da vida da criança: _____

A escolaridade: _____

OS ANTECEDENTES TERAPÊUTICOS:

Ensaio terapêuticos já tentados: _____

Conclusão de diversos exames: _____

Teste aplicados: _____

Aspectos físicos e de desenvolvimento: _____

Saúde aparente: _____

Harmonia e desarmonia: _____

Anomalias (estrabismos, onicofagia etc.): _____

Exames ortopédicos: _____

ADAPTAÇÃO A SITUAÇÕES:

Ansiedades: _____

Inibições: _____

EXPRESSÃO VERBAL:

Voz: _____

Ritmo: _____

Espontaneidade: _____

Maturidade da expressão: _____

Conteúdo da linguagem: _____

ATITUDES COM O CORPO:

Gestos: _____

Mímica: _____

Presença ou ausência do sorriso: _____

Hipermobilidade: _____

Hipomobilidade: _____

REAÇÕES PARTICULARES OBSERVADAS:

Sim ou não Sentimento de:

Fracasso _____

De adaptação _____

Lentidão geral _____

Precipitação em tudo _____

Perfeccionismo _____

Desleixo _____

Interesse pelas coisas _____

Desinteresse _____

Fadigabilidade _____

Excitabilidade _____

Nome de quem forneceu as informações:

_____, ____/____/____

10. MODELO DE ANAMNESE BARIÁTRICA

ANAMNESE CIRURGIA BARIÁTRICA

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Endereço:

Telefone:

Data de nascimento:

idade:

Estado civil:

Tem filhos?

Escolaridade:

Profissão:

2. COMPREENSÃO DA DEMANDA

Por que a necessidade de passar por um psicólogo antes de submeter-se a cirurgia de gastroplastia?

Já fez algum acompanhamento psicológico ou tratamento psiquiátrico?

Em caso afirmativo, explorar o motivo, quando e onde.

Há casos psiquiátricos na família?

Em caso afirmativo, qual(ais) psicopatologias (s)? Qual o grau de parentesco?

Toma bebidas alcoólicas ou faz uso de drogas? Alguém na família faz? Possui algum vício?
(histórico presente e progresso)

2.HISTÓRIA DO SOPREPESO

Peso atual: _____ Altura: _____

ICM: _____

Há quanto tempo se sente incomodado com o sobrepeso? (Associação as etapas de ciclos de vida e de acontecimento de vida) Antecedentes familiares de obesidade?

Já fez tratamento para obesidade? Se sim, quais e há quanto tempo?

Se lembra de ter atingido benefícios após as dietas?

Qual (ais) sua(s) atitude (s) em relação à interrupção de dietas:

Diga se já se sentiu ou pensou da forma descrita abaixo:

- a. “Não consigo resistir a alimentos que engordam”
- b. “Eu fico fraca quando estou de regime”
- c. “Me sinto irritada, nervosa”
- d. “Perco pouco peso mesmo parando de comer”
- e. “Iria ter que fazer regime o resto da minha vida”
- f. “Eu cozinho para família e não resisto”
- g. “Se eu quebro o regime uma vez já acho que tudo está perdido e volto a comer muito”
- h. “Eu que faço a compras e aí não resisto”

i. "As comidas de regime são muito caras e despendem muito ou disposição para prepará-las"

Obs.:

Você tem problemas de saúde ou limitações físicas por conta da obesidade? Quais?

Detectou algum comorbidade relaciona ao sobrepeso?

Você apresenta alguma alteração do sono?

Você se considera:

() Ansioso () Depressivo () Compulsivo () Agressivo

() Estressado () Fóbico () Outros

Explique:

A que atribui seu problema de obesidade? (Hábitos alimentares desadequados;

compulsão para comer ou falta de autocontrole; alterações do estado emocional; alterações hormonais; fatores metabólicos; fatores hereditários; acontecimentos de vida; sedentarismo.)

Você acredita que há alguma relação psicoemocional e sua obesidade?

() Sim () Não

Por quê?

Com qual (quais) comportamento (s) você se identifica:

() Come poucas vezes, porém em grandes quantidades

- () Come durante o dia todo, sem refeições planejadas
- () Acorda para comer
- () Sente uma vontade incontrolável de comer grande quantidade de comida
- () Come até se sentir incomodamente repleto
- () Come grandes quantidades de comida mesmo sem fome
- () Come sozinho, escondido dos outros
- () Sente repulsa por si mesmo, depressão ou culpa após comer excessivamente
- () Provocar vômitos após comer
- () Tomar remédio (laxantes/diuréticos ou outros) para emagrecer sem orientação médica

Outros: Algum destes comportamentos é mais frequente em você? Ocorre quantas vezes a semana e há quanto tempo?

Quais suas preferências alimentares?

3. DINÂMICA PSICOEMOCIONAL

Você está satisfeito consigo mesmo?

Como é seu relacionamento com seu cônjuge/companheiro (a)?

Como é seu relacionamento com sua família?

Como é seu relacionamento social/profissional? Há alguma atividade social que evita?

Quais são suas atividades de lazer? Há alguma atividade que gostaria de fazer e por algum motivo não o faz?

Prática alguma atividade física? Como se sente? Se a resposta for não, por que não o faz?

Você tem ou já teve apelidos? Quais? O que representavam?

Faça uma apresentação de você como se fosse para alguém que não lhe conhece:

Como acha que as pessoas que lhe conhecem lhe apresentariam:

Diga se já teve alguma destas atitudes descritas abaixo:

- a. Repara no corpo de outras mulheres (homens) e, ao se comparar, sente-se em desvantagem, inferior.
- b. Quando pensa no corpo/gordura não consegue mais se concentrar em outras atividades
- c. Já deixou de participar de eventos sociais por sentir mal em relação ao seu corpo
- d. Sente-se mais contente com seu físico quando está com estomago vazio
- e. As pessoas têm vergonha de sair com ele (a) por causa do corpo
- f. Sente-se culpado por ser gordo
- g. Evita-se olhar-se no espelho ou pesar-se

Você tem vida sexual ativa?

() Sim () Não

Em caso afirmativo, como está?

4. MOTIVAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Quais são suas expectativas perante a cirurgia?

Qual o seu papel no pré e pós-operatório?

Como está se organizando para o pós-operatório?

Quem irá ajudá-lo no pós-operatório?

5. ATITUDES FRENTE A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Já se submeteu a alguma cirurgia? Qual? Quando?

Que sentimentos teve antes da cirurgia?

Como reagiu ao pós-operatório?

11. MODELO DE ANAMNESE DE COMPULSÃO ALIMENTAR

Nome: _____

Data _____

Ingiro grande quantidade de alimento, e não tenho controle sobre minha fome, sobre o que eu como?

Isso tem ocorrido pelo menos duas vezes por semana nos últimos seis meses?

Come sem sentir fome?

Como rápido demais?

Como até me sentir estufado?

Como sozinho por vergonha da quantidade que como?

Sinto culpa após comer?

Tenho sentimentos de angústia antes e após comer?

12. MODELO DE ENTREVISTA DEVOLUTIVA

I. Identificação:

Nome:

Idade:

Escolaridade:

II. QUEIXA PRINCIPAL

III. PERÍODO DE AVALIAÇÃO E Nº DE SESSÕES

___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___

XXX Sessões

IV. SÍNTESE DIAGNÓSTICA:

Tendo como base os relatos da paciente e a partir das informações coletadas com uso de relato verbal chegamos a síntese diagnóstica que a paciente apresenta _____.

V. SÍNTESE DOS RESULTADOS

Busquei obter uma compreensão geral a partir dos relatos da paciente. Orientei quanto a _____
. Procedendo com a seguinte conduta. _____

Todos os modelos em anexo foram elaborados de acordo uma versão em WORD que você também irá receber, o profissional ao adquirir é livre para fazer as alterações que julgar necessárias.

Precisa de outro tipo de documento?

Duvidas ?

Sugestões ?

Entre em contato

Instagram

Q Pesquisar



psicologasimonenery

Editar perfil



429 publicações

1.772 seguidores

787 seguindo

Psicologa Simone Nery

Psicólogo

CRP 06/143779 - Psicóloga Clínica

Jovens e Adultos

Clínica Analítica

ABC PAULISTA www.nerypsicologa.com.br



Dicas Psico



Convênio ...



Atend. Social



Localização