

***Anamnese***

1. ***Seus dados pessoais:***

**Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Identidade de gênero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Orientação sexual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Escolaridade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Com quem você reside: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome (contato de emergência): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Telefone (contato de emergência): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. ***Suas Dificuldades e Objetivos:***

* Descreva os motivos que o levaram a buscar atendimento psicológico.

* Descreva os objetivos que você gostaria de alcançar com a terapia.

***Sobre você:***

Assinale qualquer dos seguintes itens que se aplique a você:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) Dores de cabeça | ( ) Sensações de pânico | ( ) Não consegue decidir |
| ( ) Tonteira | ( ) Tremores | ( ) Não consegue fazer amigos |
| ( ) Sensações de desmaio | ( ) Deprimido/a | ( ) Sentimentos de inferioridade |
| ( ) Palpitações | ( ) Ideias de Suicídio | ( ) Situação ruim em casa |
| ( ) Problemas estomacais | ( ) Toma medicamentos | ( ) Problemas de memória |
| ( ) Falta de apetite | ( ) Incapaz de relaxar | ( ) Incapaz de ter momentos agradáveis |
| ( ) Fadiga | ( ) Vergonha de outras pessoas | ( ) Não consegue manter um emprego |
| ( ) Insônia | ( ) Problemas sexuais | ( ) Dificuldades de concentração |
| ( ) Pesadelos | ( ) Não gosta de fins-de-semana e férias | ( ) Problemas Financeiros |
| ( ) Usa Tranquilizantes | ( ) Alcoolismo | ( ) Super-ambicioso/a |
| ( ) Tensão | ( ) Outros: |  |

Assinale qualquer das seguintes palavras que se aplicam a você:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ( ) Sem valor | ( ) Inútil | ( ) Um/a “ninguém” | ( ) “A vida é vazia” |
| ( ) Inadequada | ( ) Estúpido/a | ( ) Incompetente | ( ) Ingênuo/a |
| ( ) Atencioso/a | ( ) Estúpido/a | ( ) Moralmente errado | ( ) Pensamentos horríveis |
| ( ) Inadequado/a | ( ) Mau/Má | ( ) Covarde | ( ) Não assertivo/a |
| ( ) Culpado/a | ( ) Agitado/a | ( ) Não atraente | ( ) Repulsivo/a |
| ( ) Ansioso/a | ( ) Deformado/a | ( ) Não amado/a | ( ) Incompreendido/a |
| ( ) Feio/a | ( ) Solitário/a | ( ) Em conflito | ( ) Cheio de arrependimentos |
| ( ) Deprimido/a | ( ) Não confiável | ( ) Inteligente | ( ) Atraente |
| ( ) Confuso/a | ( ) Simpático/a | ( ) Valoroso/a | ( ) “Não consigo fazer nada direito” |
| ( ) Hostil | ( ) Cheio de ódio | ( ) Em pânico | ( ) Agressivo/a |
| ( ) Entediado/a | ( ) Inquieto/a | ( ) Confiável |  |

1. ***Interesses atuais, hobbies, atividades:***

* Como é ocupada a maior parte do seu tempo?
* Como anda a sua alimentação?
* Como anda seu sono?
* Pratica algum tipo de atividade física? Caso sim, qual (is) e com que frequência?

# 

1. ***Informações sexuais:***

* Atitude dos pais quanto ao sexo (por ex: havia instruções ou discussões sobre o assunto em casa?)
* Quando e como você conseguiu suas primeiras informações sobre sexo?
* Quando você teve consciência de seus impulsos sexuais?
* Você alguma vez experimentou sentimentos de ansiedade ou de culpa decorrentes de sua masturbação? (Se sim, explique.)
* Algum detalhe relevante no que diz respeito a sua primeira (ou subsequentes) experiência(s) sexual (is)?
* A sua vida sexual atual é satisfatória?
* Dê informações sobre qualquer experiência heterossexual (e/ou homossexual)?

1. ***Você e sua Família:***

* Por favor, 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Por favor, conte alguma coisa sobre seu pai, sobre o seu caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ele.
* Por favor, 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Por favor, conte alguma coisa sobre sua mãe, seu caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ela.
* Se houver algum problema no seu relacionamento com seus pais, por favor, descreva o(s) mais importante(s).
* Seus irmãos e irmãs (Se souber.)

Preencha com nomes e detalhes listados abaixo.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Ocupação | Idade | Sexo | Comentários |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Por favor, descreva as relações com seus irmãos, se são/eram 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 se houve alguma separação da família. Por favor, 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.)? Se sim, 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 drogas?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não tenho certeza

**Se sim, escreva as informações no quadro abaixo:**

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

1. ***Sua Educação***

* 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?

1. ***Sua História Laboral:***

* Que atividade ou papel principal desempenha atualmente?
* Seu trabalho atual é satisfatório para você? Se não for, em que sentido você se sente insatisfeito/a?
* Por favor conte alguma coisa sobre sua vida laboral passada, incluindo os empregos anteriores.

1. ***Experiências de Acontecimentos desconfortáveis:***

Às vezes acontecem coisas às pessoas que são extremamente desconfortáveis. Coisas como estar em uma situação de ameaça de vida, como um desastre importante, um acidente muito grave, ser agredido fisicamente ou sexualmente, ou alguma situação traumática seja com alguém ou com você. Em algum momento durante a sua vida, este tipo de coisa aconteceu com você?

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 podem ficar voltando em pesadelos, flashbacks ou pensamentos dos quais você não consegue se livrar. Isso já aconteceu a você?

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 ( )

1. ***Seu Parceiro e Sua Família Atual:***

* Sobre o(s) seu(s) parceiro(s)

Por favor, descreva brevemente, o(s) 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.

* Você tem um/uma parceiro(a) atualmente? Se sim, qual a idade dele/dela?
* Qual é a ocupação dele/dela?
* A quanto tempo vocês estão juntos?
* 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?
* Se houver problemas no relacionamento com o seu parceiro, por favor, descreva o(s) mais importante(s).

1. ***Sobre seus filhos:***

-Se você tiver filhos, liste-os por ordem de idade.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Ocupação | Idade | Sexo | Comentários |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

1. ***Sua História Psiquiátrica:***

* Você já recebeu tratamento psiquiátrico ou psicológico ambulatorial? S / N

Em caso de positivo, preencha o seguinte quadro:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Nome do Profissional | Razão para tratamento | Foi útil? |
|  |  |  | S/N |
|  |  |  | S/N |

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

Em caso de positivo, preencha o seguinte quadro:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medicação | Dosagem | Frequência | Nome do médico que prescreveu. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. ***Sua História Médica:***

* Qual foi a última vez que você fez um check-up?
* Você foi tratado pelo seu clínico geral ou foi hospitalizado neste último ano? S / N
* Em caso de sim, por favor, especifique.
* Houve alguma mudança na sua saúde geral neste último ano? S / N
* Em caso de sim, por favor, especifique.
* No momento você está tomando alguma medicação não – psiquiátrica? S /N

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medicações | Dosagem | Frequência | Razão |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Você tem alguma condição médica atual? S / N
* Em caso de sim, por favor, especifique:

1. ***História de Uso de Álcool e Drogas***

* O seu uso de álcool já lhe causou algum problema? S/ N
* Alguém já lhe disse que o álcool lhe causava algum problema ou reclamou sobre o seu comportamento de beber? S/ N
* O seu uso de drogas já lhe causou algum problema? S/ N
* Alguém já lhe disse que as drogas lhe causavam algum problema ou reclamou sobre o seu uso delas? S/ N
* 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 foi hospitalizado?

1. ***Seu Futuro:***

* Você poderia contar alguma coisa sobre seus planos, esperanças e expectativas para o futuro?
* Por favor, você poderia contar como se sentiu preenchendo este questionário?

Outras informações:

Tem algo que não foi abordado neste questionário, que você ache importante me contar?

*Caso sim, escreva abaixo. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*