

I7	<p>No último mês, você beliscou repetidamente sua pele com as unhas, pinças, alfinetes ou outros objetos?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Transtorno de Escoriação (Skin-picking) (DSM-5, p.254; Guia do Usuário, p.120).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO DE ESCORIAÇÃO</p>	I7
I8	<p>Durante os últimos três meses, desde (TRÊS MESES ATRÁS), uma de suas principais preocupações tem sido o fato de não ter dormido o suficiente ou não ter se sentido descansado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Transtorno de Insônia (DSM-5, p.362; Guia do Usuário, p.121).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO DE INSÔNIA</p>	I8
I9	<p>Durante os últimos três meses, frequentemente você teve dias em que estava se sentindo sonolento, embora tivesse dormido pelo menos sete horas?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Transtorno de Hipersonolência (DSM-5, p.368; Guia do Usuário, p.121).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO DE HIPERSONOLÊNCIA</p>	I9
I10	<p>Nos últimos três meses, houve um período em que o seu peso foi muito menor do que as outras pessoas achavam que ele deveria ser?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Anorexia Nervosa (DSM-5, p.338; Guia do Usuário, p.122).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>POSSÍVEL ANOREXIA NERVOSA</p>	I10
I11	<p>Nos últimos três meses, você teve episódios de compulsão alimentar, isto é, momentos em que não pode resistir ao impulso de comer muito ou em que não conseguiu parar de comer depois de começar?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Bulimia Nervosa (DSM-5, p.345; Guia do Usuário, p.122) ou Transtorno de Compulsão Alimentar (DSM-5, p.350; Guia do Usuário, p.123).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>POSSÍVEL BULIMIA NERVOSA OU TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR</p>	I11
I12	<p>No último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você perdeu o interesse por comida em geral ou andou se esquecendo de comer?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: No último mês, você evitou comer muitas comidas por causa da aparência delas ou da sensação que elas produziam ao colocá-las na sua boca?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: No último mês, você evitou comer muitas comidas diferentes porque tem medo de que não irá conseguir engoli-las ou de que irá sufocar, engasgar-se ou vomitar?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA QUALQUER UMA DESSAS PERGUNTAS: Considere Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (DSM-5, p.334; Guia do Usuário, p.123).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO ALIMENTAR RESTRITIVO/ EVITATIVO</p>	I12
I13	<p>Nos últimos seis meses, desde (SEIS MESES ATRÁS), você se sentiu incomodado por quaisquer sintomas físicos?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Transtorno de Sintomas Somáticos (DSM-5, p.311; Guia do Usuário, p.124).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS</p>	I13