



INSTITUTO TRANSFORMAR

Rua Dona Ana Aurora, 2042 A – Areias – Recife-PE – CEP: 50870-540

CNPJ: 50.562.417/001-16

WHATSAPP: (81) 9 8765-4723 / (81) 9 8163-1565

ANAMNESE PSICOLÓGICA

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Nascimento: _____

Sexo: masc. () fem. ()

Trabalha: () sim () não

Profissão: _____

Religião: _____

Estado civil: _____

Filhos: _____

Contatos: _____

quem? _____

Contatos: _____

quem? _____

Contatos: _____

quem? _____

2. HISTÓRICO DO PACIENTE

Histórico pessoal: (desenvolvimento, puberdade, histórico sexual, hábitos, sintoma neurótico, lembranças significativas, qual seu local de nascimento?)

Histórico familiar:

Por favor dê alguns detalhes sobre sua mãe: esta viva () sim () não, com que idade morreu_____, qual era sua Idade quando isto aconteceu_____, trabalha ou trabalhava com que_____, fale o que você se lembra do relacionamento com _____ ele:



INSTITUTO TRANSFORMAR

Rua Dona Ana Aurora, 2042 A – Areias – Recife-PE – CEP: 50870-540

CNPJ: 50.562.417/001-16

WHATSAPP: (81) 9 8765-4723 / (81) 9 8163-1565

Por favor dê alguns detalhes sobre sue pai: esta vivo () sim () não, com que idade morreu_____, qual era sua Idade quando isto aconteceu_____, trabalha ou trabalhava com que_____, fale o que você se lembra do relacionamento com _____ ela:

Por favor dê alguns detalhes sobre seus irmãos: Filho único () sim, estão vivos () sim () não, quem morreu:_____com idade morreram_____, qual era sua Idade quando isto aconteceu_____, trabalha ou trabalhava com que_____, fale o que você se lembra do relacionamento com eles:

Por favor dê alguns detalhes sobre seus filhos: estão vivos () sim () não, quem morreu:_____, com que idade morreram_____, qual era sua Idade quando aconteceu_____, trabalha ou trabalhava com que_____, qual a idade deles:_____, fale o que você se lembra do relacionamento com _____ eles:

Por favor dê alguns detalhes sobre seus avós: estão vivos () sim () não, quem morreu:_____, com que idade morreram_____, qual era sua Idade quando



INSTITUTO TRANSFORMAR

Rua Dona Ana Aurora, 2042 A – Areias – Recife-PE – CEP: 50870-540

CNPJ: 50.562.417/001-16

WHATSAPP: (81) 9 8765-4723 / (81) 9 8163-1565

aconteceu_____, trabalha ou trabalhava com que_____, qual a idade deles avó _____, avô _____, fale o que você se lembra do relacionamento com _____ eles:

Fale um pouco sobre seu lar:

como é casa? A rua tem muita história de violência: sim () não () se sim fale um pouco _____ sobre:

Apoio familiar:

Sua família lhe apoia? () sim () Não como é este apoio ou não apoio, relate: _____

Como sua família está reagindo com você neste período, que está vivendo?



INSTITUTO TRANSFORMAR

Rua Dona Ana Aurora, 2042 A – Areias – Recife-PE – CEP: 50870-540

CNPJ: 50.562.417/001-16

WHATSAPP: (81) 9 8765-4723 / (81) 9 8163-1565

Histórico de escolar:

FORMAÇÃO ACADÊMICA

() superior incompleto

educação médio incompleto ()

educação básico ()

() superior completo

educação médio completo ()

Você gostava da escola? () sim () não, por quê?

Quais situações, mas importante que você viveu na escolar?

Têm ou houve alguma situação que tenha lhe deixado envergonhado(a) e lhe marcado (a)?

Você se sente perseguido () sim () não pode relatar:



INSTITUTO TRANSFORMAR

Rua Dona Ana Aurora, 2042 A – Areias – Recife-PE – CEP: 50870-540

CNPJ: 50.562.417/001-16

WHATSAPP: (81) 9 8765-4723 / (81) 9 8163-1565

Gosta do ambiente escolar? () sim () não por que?

Há algum fato que tenha acontecido no ambiente escolar que lhe incomode?

Sim () não () por quê?

TRABALHO

Qual empresa você trabalha? _____

Você gosta? () sim () por quê?

Quais situações foram ou foi, mas importante que você viveu na empresa?

Têm ou houve alguma situação que tenha lhe deixado envergonhado(a) e lhe marcado (a)?



INSTITUTO TRANSFORMAR

Rua Dona Ana Aurora, 2042 A – Areias – Recife-PE – CEP: 50870-540

CNPJ: 50.562.417/001-16

WHATSAPP: (81) 9 8765-4723 / (81) 9 8163-1565

Você se sente perseguido () sim () não pode relatar:

Gosta do ambiente? () sim () não por que?

Têm algo que lhe incomoda na empresa? Sim () não () o quê?

Histórico de relacionamento interpessoal:

Dificuldade em se relacionar com pessoal? () sim () não

Quantos amigos você têm? _____, você se considera uma pessoa introvertida ou extrovertida? _____, ao chegar nos ambientes você cumprimenta as pessoas? () sim () não, você é uma pessoa solícita? () sim () não

Fale um pouco da amizade:

Histórico de relação com a rua ou bairro que morar:

A quanto tempo você morar? _____, gosta de morar? () sim () não por que?





INSTITUTO TRANSFORMAR

Rua Dona Ana Aurora, 2042 A – Areias – Recife-PE – CEP: 50870-540

CNPJ: 50.562.417/001-16

WHATSAPP: (81) 9 8765-4723 / (81) 9 8163-1565

Histórico da relação com a família após apresentação dos sintomas:

Você achar que a rotina da família mudou, após os sintomas? Sim () não () fale um pouco quais foram as mudanças.

3. HISTÓRICO CLÍNICO

Faz uso de medicação: () sim () não qual:

Já fez alguma cirurgia?: () sim () não qual: _____

A quanto tempo?: _____ puerperio () sim () não quantos dias _____

A relatos de parentes com historicos de doença psicicas? () sim () não caso seja sim
relatar quem, grau de parentesco e como isto foi
tratado? _____



INSTITUTO TRANSFORMAR

Rua Dona Ana Aurora, 2042 A – Areias – Recife-PE – CEP: 50870-540

CNPJ: 50.562.417/001-16

WHATSAPP: (81) 9 8765-4723 / (81) 9 8163-1565

Há hístóricos de seus pais ou avós usarem substância psicoativas ou psicotrópicas? Sim () não () qual? _____

4. HISTÓRICO PSIQUICO

Sentimento manifestado: () medo () raiva () revolta () culpa/ castigo () ansiedade () solidão/isolamento () angústia () impotência () alívio () indiferença () outro: _____

Atendimento psicológico ou psiquiátrico anterior: () sim () não motivo: _____

A quanto tempo: _____

Uso de psicotrópico: () sim () não qual? _____

Uso de substância psicoativas: () sim () não qual : _____

5. CONHECENDO A QUEIXA DO PACIENTE

Principal queixa:

O que esta lhe incomodando?

Queixa secundária:

O que lhe incomoda?



INSTITUTO TRANSFORMAR

Rua Dona Ana Aurora, 2042 A – Areias – Recife-PE – CEP: 50870-540

CNPJ: 50.562.417/001-16

WHATSAPP: (81) 9 8765-4723 / (81) 9 8163-1565

O que você espera como resultado das sessões?

6. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

7. QUAL A CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

VERMELHO () atenção crítica **AMARELO ()** estado atenção **ROXO ()** baixa complexidade **VERDE ()** estado de equilíbrio

8. QUAIS DEMANDA

9. JUSTIFICATIVA DA DEMANDA
