



# 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\_\_\_\_\_ 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 seu pai: está 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 \_\_\_\_\_ 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:



# 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? Á rua têm muita historia 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 esta reagindo com você neste período, que esta 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 basíco ( )

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

Quais situações, mas importante que você viveu na escolar?

This block contains two decorative horizontal lines. The top line features a large, light-green, curved shape resembling a stylized leaf or a flourish on the left side. The bottom line features a similar light-green, curved shape on the right side.

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

A decorative graphic element located at the top of the page. It consists of three stylized, overlapping green shapes that resemble leaves or petals. The shapes are rendered in a light green color and are positioned above the main content area.

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 ( ) não 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 solitária? ( ) sim ( ) não

Fale um pouco da amizade:

---

---

---

---

---

Histórico de relação com a rua ou bairro que morar:

A quanto tempo você mora? \_\_\_\_\_, 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.

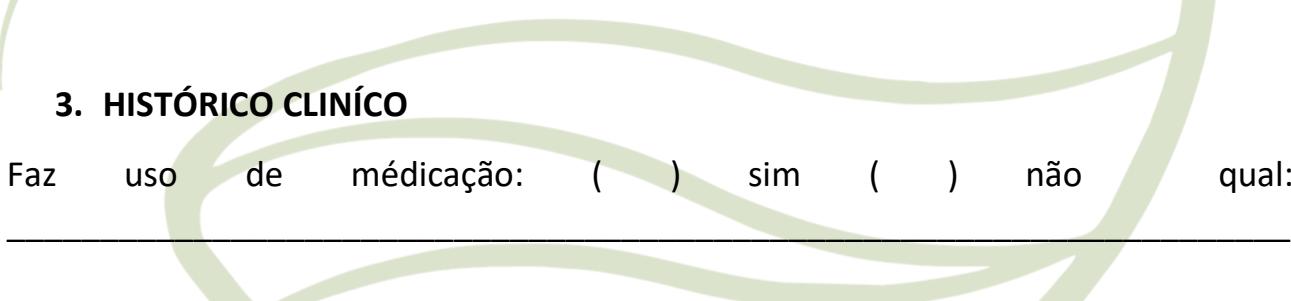
---

---

---

---

---



**3. HISTÓRICO CLÍNICO**

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

---

---

Já fez alguma cirugia?: ( ) sim ( ) não qual: \_\_\_\_\_

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

A relatos de parentes com históricos de doença psíquicas? ( ) 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 históricos 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 substâncias psicoativas: ( ) sim ( ) não qual:

## 5. CONHECENDO A QUEIXA DO PACIENTE

## Principal queixa:

O que esta lhe encomodando?

Queixa secundaria:

## O que lhe encomoda?



# 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 critica    **AMARELO ( )** estado atençao    **ROXO ( )** baixa complexidade    **VERDE ( )** estado de equilibrio

## 8. QUAIS DEMANDA

---

---

---

---

## 9. JUSTIFICATIVA DA DEMANDA

---

---

---

---

