



ANAMNENESE (ADULTO/IDOSO)

Nome: _____

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

Estado Civil: _____ Escolaridade _____

Filiação : _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Profissão: _____

Renda: _____ Nº de dependentes: _____

Queixa inicial: _____

Histórico da doença: _____

Queixas Cognitivas: _____

Personalidade: (como é o seu jeito de ser)

Alterações comportamentais:

Vida Social: _____

Dinâmica familiar (com quem mora)

Hábitos e rotinas: _____

Antecedentes familiares (algum familiar tem alguma doença relacionada com a do paciente)

Medicação: _____

Tratamento médico () Psicólogo () Psiquiatra () Neurologista () outros, quais?