**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**

**IDENTIFICAÇÃO**

**Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Cartão do SUS**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sexo:** Masculino 🗆 Feminino 🗆 Data de nascimento:­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HISTÓRIA CLÍNICA**

**Hipóteses Diagnósticas** – verificar a existência e a intensidade dos seguintes indicadores:

**Psicose □** Sim **□**Não

**Outra psicopatologia**? **□** Sim **□**Não Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Histórico de tentativa de suicídio** **□** Sim **□**Não

**Humor Deprimido** **□** Sim **□**Não **□**Leve **□** Moderado **□**grave

**Ansiedade□** Sim **□**Não **□**Leve**□** Moderado **□**Grave **□**Presença de sintomas essenciais (Tremores, palpitações, tonturas,etc.)

**Consumo de álcool** **□** Sim**□**Não Tipo(s) de bebida usualmente consumida? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Frequência:** **□** uma vez por mês ou menos **□**2 a 4 vezes por mês **□**2 a 3 vezes por semana **□** 4 ou mais vezes por semana

Quantidade **□**1 a 2 doses **□**3 a 5 doses **□**Mais de 5 doses

**Uso de drogas psicoativas** **□**não usuário (nunca utilizou) **□**experimentador, não usuário **□**Usuário atualmente abstinente (tempo?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□**Usuário leve:**□**Usuário moderado:**□**Uso de risco Frequência:**□**Esporádico:**□**Mensal: **□**Semanal:**□** diário, ou quase diário

**Tipo(s):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Outras compulsões □Sim □Não Se sim qual(is)?

**Possui capacidade intelectual para compreender todos os aspectos do tratamento bem como suas condições pós-cirúrgicas?** □ Sim □ Não

**Possui suporte familiar para todas as etapas do tratamento**? □ Sim □ Não □indeterminado

**TRATAMENTOS REALIZADOS**

□ Psiquiátrico Período: Uso de medicamentos □ Sim □ Não

Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□Psicológico Período:

Instrumentos psicológicos utilizados para esta avaliação (Entrevistas, testes, questionários):

Número de atendimento(s) realizado(s) (em grupo/ individual):

**Considerações finais:**

**Conduta Terapêutica Justificada:**

□Cirurgia Bariátrica indicada no momento

□Cirurgia Bariátrica contraindicada no momento