

□

Nome: _____ Nascimento: _____

Endereço: _____

Cidade Natal: _____ Telefone: _____

Profissão: _____ Encaminhado por: _____

Dificuldades que o levaram a buscar ajuda

O que você deseja alcançar com a terapia?

Situações em que o problema ocorre e qual o impacto sobre o funcionamento atual?

Que áreas da sua vida são mais afetadas pelo problema?

☐ Escola ☐ Trabalho ☐ Família ☐ Relacionamento ☐ Social ☐ Outros

Experiência de acontecimentos perturbadores:

☐ Acidente Grave ☐ Agressão Física ☐ Abuso Sexual ☐ Incêndio ☐ Outros

Comente alguma coisa sobre sua mãe, seu caráter ou personalidade e o seu relacionamento com ela:

Comente alguma coisa sobre seu pai, seu caráter ou personalidade e o seu relacionamento com ele

Se existiram/existem problemas no seu relacionamento com o seus pais, descreva os mais importantes.

O quanto isso o incomoda atualmente?

☐ Em absoluto ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito ☐ Não poderia ser pior

Você possui irmãos? Descreva as relações importantes com eles, se são benéficas ou problemáticas para você.

Houve mais alguém que tenha sido importante para você durante a sua infância? Em caso afirmativo, comente sobre ele.

Houve alterações importantes, por exemplo, mudanças ou outro evento significativo, durante a sua infância ou adolescência?

Alguém na sua família já recebeu tratamento psiquiátrico?

☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho certeza

Alguém na sua família tem história de doença mental, álcool ou abuso de drogas?

☐ Não ☐ Sim ☐ Não tenho certeza

Que atividade você desempenha atualmente?

Alguma dificuldade particular?

☐ Sim ☐ Não

Nível de satisfação com o ambiente laboral:

Problema no relacionamento com sua parceira ou parceiro?

☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo, quanto isso o incomoda atualmente?

☐ Em absoluto ☐ Um pouco ☐ Moderadamente ☐ Muito ☐ Não poderia ser pior

Você já foi hospitalizado por algum motivo emocional ou psiquiátrico?

☐ Não ☐ Sim

Tem um médico referência que você visita para realização de revisões de rotina?

☐ Sim ☐ Não

Qual foi a última vez que você fez um check-up?

Houve alguma mudança na sua saúde geral neste último ano?

☐ Sim ☐ Não

No momento, está tomando alguma medicação, seja por razões psiquiátricas ou não?

Satisfação particular que você obtém com sua família, com sua vida laboral ou com outras áreas que são importantes para você;

Quais seus planos, suas esperanças e expectativas para o futuro

Como você se sentiu respondendo este questionário?

FODASE
