

## Resposta de Prontuário Eletrônico

### AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL - ADMISSIONAL

<b>Funcionário:</b>		<b>CPF:</b>	
<b>Cargo:</b>		<b>RG:</b>	
<b>Empregador:</b>		<b>CAEPF:</b>	

<b>Emitente:</b>		<b>CRM:</b>	
------------------	--	-------------	--

**1) COM QUEM VOCÊ MORA? COMO É SEU RELACIONAMENTO COM ELES?**

**2) NO AMBIENTE DE TRABALHO, O QUE VOCÊ CONSIDERA QUE SEJA UMA SITUAÇÃO ESTRESSANTE?**

**3) O QUE VOCÊ FAZ PARA ALIVIAR O ESTRESSE?**

<b>4) Tem pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>5) Tem medo de altura, ou se sente mal em lugares altos?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--

<b>6) Possui alterações de apetite?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>7) Já trabalhou em espaço confinado?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--

<b>8) Perda de auto-confiança?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>9) Já presenciou acidente de trabalho?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--

<b>10) Tem tremores nas mãos?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>11) Já trabalhou em altura acima de 2 metros?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---

<b>12) Distúrbios digestivos?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>13) Já sofreu acidente de trabalho?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---

<b>14) Sentiu-se mais irritado ou mal-humorado (a) do que o comum?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>15) Usou algum medicamento por conta própria, sem prescrição médica?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	--

<b>16) Dormiu menos do que o normal, mas ainda tem muita energia?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>17) Usou maconha, cocaína, crack ou outras drogas?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--

<b>18) Sente-se cansado (a) o tempo todo?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>19) Fumou cigarros, charuto ou cachimbos, ou usou rapé ou tabaco de mascar?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---

<b>20) Tem chorado mais do que costuma?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>21) Bebeu no mínimo 4 drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--

<b>22) Você se cansa com facilidade?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>23) Não se sentiu próxima de outras pessoas ou desfrutou das relações com elas?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---

<b>24) Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>25) Sentiu que não sabe quem realmente é, ou o que quer da vida?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--

<b>26) Iniciou muito mais projetos do que o normal ou fez coisas mais arriscadas do que o normal?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>27) Sentiu-se desligado ou distante de si mesmo, do seu corpo, do ambiente físico ao seu redor ou de suas lembranças?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---

<b>28) Sente-se que é incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>29) Sentiu-se tentado a realizar certos comportamentos, ou atos repetidamente?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--

<b>30) Você se sente uma pessoa inútil sem valor?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>31) Tem tido problemas com memória ou localização?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--

### Resposta de Prontuário Eletrônico

32) Tem dificuldades para tomar decisões?

( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não

34) Tem tido ideias de acabar com a vida?

( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não

36) Sentiu-se que alguém podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outra pessoa estava pensando?

( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não

38) Sentiu-se nervoso (a), ansioso (a), assustado (a), preocupado (a) ou tenso (a)?

( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não

40) Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado (a)?

( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não

42) Evitou situações o deixam ansioso (a)?

( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não

45) Gostaria de mencionar alguma informação que julga importante?

33) Tem tido pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis em sua mente?

( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não

35) Tem dificuldades de pensar com clareza?

( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não

37) Sentiu que suas doenças não são levadas a sério?

( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não

39) Teve pensamento de ferir a si mesmo?

( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não

41) Ouviu coisas que outros não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?

( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não

43) Teve dores sem explicação (ex: cabeça, costas, articulações, abdômen)?

( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não

44) Teve dores sem explicação (ex: cabeça, costas, articulações, abdômen)?

( ☐ ) Sim ( ☐ ) Não

Assino como prova de ter declarado a verdade:

MÉDICO EXAMINADOR

CRM:

COLABORADOR

CPF: