**Anamnese**

Terapeuta: Automatico

Data de hoje: Automática

\* Nome do cliente: Automático

\* Hipoteses diagnótica: Automático (drop down)

\* Duração da sessão: 30/45/50/60/75/90 (minutos)

Tipo de sessão: Inicial com Anamnese

1 - Apresentação do problema (breve declaração do(a) cliente sobre o motivo da busca de serviços, em termos comportamentais; percepção do(a) cliente sobre o problema; eventos, fatores precipitantes, fatores de estresse e/ou incidentes que levam à necessidade dos serviços):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2- Histórico passado de Saúde Mental (Aconselhamento/ Histórico familiar Histórico de tratamentos anteriores/ Avaliação passada de psiquiatra, saúde mental e/ou tratamento de abuso de substâncias, diagnóstico prévio).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3- Sinais e Sintomas (baseados no DSM-V) resultando em deficiência(s): (Incluir exemplos atuais de planejamento de tratamento, por exemplo, social, ocupacional, afetivo, cognitivo, físico).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4- Freqüência/duração/severidade/ciclagem dos sintomas: \_\_\_\_

5- Há quanto tempo o(s) sintoma(s) piorou/pioraram? \_\_\_\_

6- História social (incluir relacionamentos, amigos, membros da comunidade envolvidos com o CL, apoio social)

Habilidades/apoio: \_\_\_\_

Estressores/problemas: \_\_\_\_

Mudanças recentes: \_\_\_\_

Mudanças desejadas: \_\_\_\_

7- História da família: (Incluir a percepção do cliente sobre o ambiente familiar, amigos, membros da comunidade envolvidos com o cliente, apoio social)

Habilidades/apoio: \_\_\_\_

Estressores/problemas: \_\_\_\_

Mudanças recentes: \_\_\_\_

Mudanças desejadas: \_\_\_\_

Comentário sobre as circunstâncias familiares: \_\_\_\_

8- História médica: Liste quaisquer preocupações de saúde atuais, alergias conhecidas (incluindo medicamentos, ambiente, etc.) reações adversas anteriores a medicamentos, Histórico médico, Medicamentos atuais, Hospitalizações, Diretrizes antecipadas, etc.)

Resumo da saúde: \_\_\_\_

Fatores físicos que afetam o estado mental: \_\_\_\_

9- Histórico de abuso/adição de substâncias: (Incluir qualquer uso passado e atual de substâncias; discutir preferência, método de uso, frequência e quantidade usada, etc.)

* Resumo do uso: \_\_\_\_
* Percepção do problema por parte do paciente: \_\_\_\_
* Anotação do Terapeuta:\_\_\_\_

10 - Histórico legal: (discutir qualquer questão/ envolvimento legal passado e atual; qualquer caso ativo ou pendente - tráfego, civil, dirigir enquanto embriagado, criminal)

* História: \_\_\_\_
* Status/impacto/estratores: \_\_\_\_
* Nenhum histórico legal identificado (opção de clicar)

11 - História da Educação e Emprego: \_\_\_\_

12- História da infância/adolescência (Eventos importantes e marcantes do desenvolvimento, preocupações comportamentais do passado, meio ambiente, abuso, escola, social, saúde mental)

\_\_\_\_

13- História de trabalho com serviços de segurança, resgate ou médico? (*Responder se houve*: Polícia, Corpo de Bombeiros, Militares, Médicos, Enfermeiros)

Impacto atual: \_\_\_\_

N/A (botão para clicar)

14- Cultural/Etnico

Habilidades/apoio: \_\_\_\_

Estressores/problemas: \_\_\_\_

15 - Crenças/práticas a serem incorporadas à terapia:

Descrição: \_\_\_\_

Mudanças recentes: \_\_\_\_

Mudanças desejadas: \_\_\_\_

Nenhuma identificada (opção de clicar)

16 - Espirituais/Religiosos

Habilidades/apoio:\_\_\_\_\_

Estressores/problemas:\_\_\_\_\_

Crenças/práticas a serem incorporadas à terapia:\_\_\_\_

Risco ao Suicídio

1 - A pessoa endossa pensamentos sobre um desejo de estar morto ou já não estar vivo, ou deseja adormecer e não acordar. Pergunte: DESEJOU ESTAR MORTO/A OU DESEJOU PODER IR DORMIR E NÃO ACORDAR? (Dropdown)

Sim

Não

Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_

2 - Você se sente triste? • Você sente que ninguém se preocupa com você? • Você sente que a vida não vale mais a pena ser vivida? (Faça uma das perguntas para começar a introduzir o tópico mais afundo)

\_\_\_\_\_\_\_

3 - Pensamentos gerais não específicos de querer terminar a sua vida/ morrer por suicídio, "Eu pensei em matar-me" sem pensamentos gerais de formas de se matar/métodos associados, intenção, ou plano. Pergunte: JÁ PENSOU REALMENTE EM ACABAR COM SUA VIDA? ou JÁ PENSOU EM UMA MANEIRA DE ACABAR COM TODA A SUA DOR E SOFRIMENTO?

SIM (

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(PERGUNTE SOBRE SE TEM ALGUM PLANO)

NÃO

Mensagem para criar plano de segurança

**Impressões clínicas**

1 - Ajuste à deficiência/ habilidades e/ou desordens

Necessidade de Tecnologia Assistiva (dropdown)

* sim
* não
* negado

2- Barreiras identificadas para a recuperação:

Resumo interpretativo do Psicólogo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resumo integrado (favor incluir problemas identificados/ foco esperado de tratamento e/ou ajuste à deficiência): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Serviços recomendados:(mais de uma opção para clicar)

* 1- Terapia individual.
* Semanal (clicar qual tipo)
* Bisemanal
* Mensal
* 2- Terapia de Casal
* 3- Terapia em group