

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL

Idade:

Profissão:

Sexo: F () M ()

Faz uso de algum medicamento controlado? Sim () Não ()

Se sim, qual?

Como os efeitos dos medicamentos te afetam?

Há quanto tempo faz o uso dos medicamentos?

Já foi atendido por um psicólogo? Sim () Não ()

Se sim, onde foi realizado o atendimento?

Já teve histórico de depressão? Sim () Não ()

Já teve histórico de ansiedade? Sim () Não ()

Ou outro transtorno?

Se sim qual?

Você faz alguma atividade física? Sim () Não ()

Se sim, a prática de atividade física é realizada no bairro?

Se não, o que o impede de praticar alguma atividade física?

Com qual frequência você costuma ter alguma atividade de lazer?

O seu bairro oferece alguma atividade de lazer?

Tem interesse de participar de alguma atividade interativa em grupo?