

A wooden desk with a ruler, pens, and a spiral notebook. The ruler is at the top, showing centimeters from 0 to 16. A black pen is on the left, and a silver pen is on the right. The spiral notebook is open, showing a grid page. The text is written in black marker on the grid.

EBOOK: ANAMNESE

EM BREVE SERÁ ADICIONADO MAIS
MODELOS

Este eBook é apenas uma amostra do nosso Kit de Documentos Psicológicos. Clique no botão abaixo para garantir o kit completo com desconto exclusivo! **Este eBook é uma amostra do nosso Kit Completo de Documentos para Psicólogos**

Explore nosso Kit Completo e tenha acesso a uma variedade de documentos essenciais para psicólogos, incluindo:

- **Modelos de Anamnese:** Coleção completa de modelos de anamnese para diferentes abordagens e públicos.
- **Relatórios Psicológicos:** Modelos de relatórios abrangentes para auxiliar na comunicação clara e profissional.
- **Testes e Avaliações:** Instrumentos e guias para aplicação e interpretação de testes psicológicos.
- **Planilhas e Ferramentas:** Recursos práticos para organização, planejamento e acompanhamento de pacientes.
- **Materiais Informativos:** Guias, artigos e recursos para aprimorar sua prática profissional.

Garanta o Kit Completo com Desconto Exclusivo!

Clique no botão abaixo e adquira o Kit Completo de Documentos para Psicólogos com um desconto especial por tempo limitado. Eleve sua prática profissional com ferramentas e recursos de alta qualidade.

ADQUIRA NOSSO KIT COMPLETO DE DOCUMENTOS PSICOLÓGICOS EDITÁVEIS EM WORD

Laudos, Atestado, Declaração, Relatório, Anamnese Avaliação e muito mais

**- EDITÁVEIS EM WORD
- 450 PÁGINAS E 120 MODELOS**

CLIQUE AQUI PARA ADQUIRIR

[Endereço – Telefone – E-mail]

ANAMNESE COMPULSÃO ALIMENTAR

Nome: _____

Data: ____ / ____ / ____

1. Ingiro grande quantidade de alimento, e não tenho controle sobre minha fome, sobre o que eu como?

2. Isso tem ocorrido pelo menos duas vezes por semana nos últimos seis meses? Come sem sentir fome?

3. Como rápido demais?

4. Como até me sentir estufado?

5. Como sozinho por vergonha da quantidade que como? Sinto culpa após comer?

6. Tenho sentimentos de angústia antes e após comer?

ANAMNESE AUTISMO

Escola: _____

DATA ____/____/____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Série: _____

Endereço: _____

Data de Nascimento: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____

Religião: _____

Pai: _____

Escolaridade: _____ Idade: _____

Ocupação: _____ Instituto de Previdência: _____

Mãe: _____

Escolaridade: _____ Idade: _____

Ocupação: _____ Instituto de Previdência: _____

Endereço: _____

Responsável: _____

Informante: _____

II. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome Idade Sexo Estado Civil Grau de parentesco Instrução Local de Trabalho

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Renda Familiar: _____

[Endereço – Telefone – E-mail]

III. QUEIXA OU MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

IDADE EM QUE FOI CONSTATADO O PROBLEMA: _____

PROVIDÊNCIAS TOMADAS NA OCASIÃO: _____

Apresenta dificuldades motoras e orientação espaciais visíveis

IV. ANTECEDENTES

A gestação foi planejada?

Causa de gestações interrompidas e/ou mortes (se ocorreram)

V. GESTAÇÃO

1. Como a mãe reagiu à notícia da gravidez? (explorar sensações psicológicas)

2. Fez tratamento pré-natal? _____

3. Sofreu alguma queda durante a gravidez (em que mês)? Qual parte do corpo afetada?

4. Teve doenças durante a gestação? Quais? _____

5. Tirou radiografias durante a gestação?

6. Que medicamentos usou? (vitaminas, comprimidos, calmantes)

7. Tomou vacina durante a gestação?

8. Teve ameaça de aborto?

9. Fez transfusão de sangue na gestação? _____

VI. NASCIMENTO

Parto:

1. A termo _____ (meses) _____

2. Hospital () Casa () Com médico () Parteira ()

3. O parto foi normal () fórceps () cesariana ()

Por quê? _____

4. Tipo de anestesia: geral () raquidiana () peridural () nenhuma ()

5. Descrição do Parto (duração):

6. Posição do bebê: cabeça () face () mãos () pés () nádegas () Outra ()

7. Houve algum problema com o bebê logo que nasceu? Precisou de oxigênio? _____

8. Nasceu cainótico? _____

9. Chorou logo? _____

10. Qual o peso e tamanho? _____

11. Teve icterícia? _____ Como foi tratado? _____

VII. DESENVOLVIMENTO

a) Alimentação:

1. Como foi o aleitamento desde o nascimento até o desmame? E as reações à

introdução de outros tipos de alimentação?

2. Teve ou tem problema para mastigar e/ou engolir? _____

3. Hábitos alimentares da criança (quantas refeições por dia, o que come, o que prefere, come muito, come pouco, foi ou é forçado a comer

b) Desenvolvimento Psicomotor:

1. Idade em que sustentou a cabeça? _____

2. Quando sentou sozinha? _____

3. Engatinhou? _____ Quando? _____

4. Quando andou? _____ Anda adequadamente? _____

5. Quando controlou os esfíncteres? _____

Anal: diurno _____ noturno _____

Vesical: diurno _____ noturno _____

Onde ficava a criança quando bebe

Se a criança sair sozinha, é capaz de voltar?

Perde-se com facilidade?

Caia muito quando pequena? _____

c) Linguagem:

1. Em que idade se deu o balbucio? _____

2. Quando falou as primeiras palavras? _____

E as primeiras frases? _____

3. Apresenta algum problema de linguagem? _____

4. Apresenta gagueira? _____

5. Tem boa compreensão do que falam? _____

6. A criança foi estimulada a falar?

7. Quem conversava mais com a criança?

8. Contava histórias?

9. Teve acesso a livrinhos?

10. Quando a criança falava errado, qual a reação dos pais?

(A) corrigia (B) achava bonito (C) engraçado

11. Alguém da família apresenta dificuldade de linguagem? _____

12. Gosta de ler?

d) Sono:

1. Como é o sono? Calma () sua quando dorme () sonambulismo () agitado ()

fala dormindo () range os dentes () baba quando dorme ()

2. A que horas costuma dormir a noite? _____

3. Apresenta problemas quando deve ir dormir? _____

4. Dorme durante o dia? _____

5. Tem algum hábito diferente antes de dormir?

6. Dorme em quarto só seu? Divide com quem? _____

7. Dorme em cama separada? _____

e) Saúde

1. Consulta o médico regularmente e somente quando necessário? _____

_____ Local: _____

2. A criança teve convulsões? _____ desmaios? _____

3. Teve: Sarampo () idade: _____

Coqueluche () idade: _____

Febre alta () idade: _____

Vermes () idade: _____

Varicela () idade: _____

Asma () idade: _____

Caxumba: () idade: _____

Traumatismo () idade: _____

Alergia () idade: _____

Bronquite () idade: _____

4. Vacinas:

Tríplice () Sabin () Pólio ()

Sarampo () Caxumba () Varíola () Outras ()

Reação: _____

5. Operações (do quê? Idade?): _____

6. Hospitalização (motivo, idade e duração): _____

7. Atendimento e medicamento em uso: _____

8. Visão:

Inclina a cabeça para olhar _____

Aproxima os objetos _____

Afasta os olhos _____

Franze a testa para diminuir o campo visual _____

Lacrimejamento excessivo dos olhos _____

Vermelhidão constante dos olhos _____

Coceira excessiva e constante nos olhos _____

Assiste televisão a menos de 2,5m de distância _____

Movimento excessivo dos olhos _____

Reclama, constantemente, que a visão é turva _____

Dores de cabeça constantes, principalmente na região fronto-temporal _____

9. Garganta: _____

10. Audição: _____

11. Defeito Físico: _____

12. Exames: Realizado em Resultado

Fezes () _____

Urina () _____

Sangue () _____

Visão () _____

Ouvido () _____

Garganta () _____

Coração () _____

Eletroencefalograma () _____

Radiologia () _____

f) Manipulação e Hábitos:

1. Usou chupeta? _____ até quando? _____

Ainda usa? _____

2. Chupou o dedo? _____ Até
quando? _____ ainda faz? _____

3. Roeu unhas? _____

Até quando? _____ ainda faz? _____

4. Puxa a orelha?

5. Puxa os cabelos?

6. Morde os lábios?

7. Teve ou tem tiques? _____

Quais? _____

g) Sexualidade

1. Já demonstrou curiosidade sexual?

2. Masturbação? _____

Em que idade? _____

Frequência? _____

3. Jogo sexual com outras crianças?

4. Atitude da família (itens 2 e 3):

5. Dificuldades nesta área (inclusive da família):

[Endereço – Telefone – E-mail]

h) Sociabilidade

1. O que faz quando não está na escola?

2. Tem amigos?

3. Prefere brincar sozinha ou acompanhada?

4. É retraído ou extrovertido?

5. Faz amizade facilmente?

6. Briga facilmente?

7. Como reage às brincadeiras feiras com ela?

8. Prefere companheiros mais novos ou mais velhos?

9. Que tipo de brincadeiras prefere?

10. Demonstra ciúme em relação a algum amigo?

11. Fala sozinha

12. Brinca de faz de conta?

13. Imita animais? _____

Pessoas? _____

14. Quando tem algum problema como reage?

i) Vestuário e higiene / organização (dificuldade)

1. Veste-se sozinha?

2. Toma banho, lava as mãos, penteia-se sozinha?

3. Calça meias e sapatos adequadamente?

4. Faz nó e laço?

5. Como organiza seus brinquedos?

6. Ajuda nas tarefas em casa?

7. Arruma os materiais escolares?

8. Todos ajudam? Quem é o mais organizado em casa?

9. Costuma colecionar alguma coisa?

10. Arruma o guarda-roupa?

11. Como fica o banheiro depois do banho?

VIII. ANTECEDENTES FAMILIARES (relativos aos familiares até avós e tios-avós):

1. Deficiência Física

2. Deficiência Mental

3. Alguém nervoso na família? _____

Quem? _____

Qual a reação quando nervoso?

4. Alcoolismo

5. Asma

6. "Ataque"

7. Suicídio

8. Alergia

9. Dificuldade Escolar

10. Morte não elaborada pela criança

IX. RELACIONAMENTO FAMILIAR

1. Existem conflitos?

2. A criança é protegida por quem?

[Endereço – Telefone – E-mail]

3. É rejeitada? _____

Por quem ? _____

4. Com quem fica quando os pais saem?

5. Relacionamento entre os pais:

6. Entre a mãe e a criança?

7. Entre o pai e a criança?

8. Entre irmãos?

9. Existe outro parente vivendo na casa? _____

Quem? _____

10. Quem conversa mais com a criança?

11. A criança mostra-se dependente de alguém da família?

Quem?

12. É comparado com algum irmão ou parente?

13. Os pais realizam alguma atividade juntamente com a criança (brincar, criar, trabalhar, assistir tv, etc.)?

14. A criança é responsável por atividade em casa/ O que faz?

15. Prefere estar em grupos ou isolada?

16. Ao realizar uma tarefa com certo grau de dificuldade tenta evita-la? Desviando a atenção para seus próprios pensamentos? (Na hora da lição quer tomar lanche)

17. Demonstra comportamento de fuga?

18. Reclama de ir para a escola?

X. ESCOLARIDADE

1. Histórico escolar (Jardim – Pré):

Escolas que frequentou

2. Queixa principal da escola

3. Gosta de estudar? _____

Gosta da Professora? _____

4. Tem tempo para fazer as tarefas de casa?

5. Quem ajuda nas tarefas de casa?

6. O que a família faz quando a criança não vai bem na escola?

7. Qual a maior dificuldade apresentada pela criança?

8. Como se comporta na sala?

9. O que a família pensa da escola?

10. O que a família pensa da professora?

11. A criança organiza frases?

12. Demora a entender as coisas?

13. Conta como foi o dia na escola?

14. Como se expressa?

XI. OUTRAS INFORMAÇÕES

Data _____/_____/_____

Entrevistador

[LOGOMARCA]

[Endereço – Telefone – E-mail]

Data de abertura: _____/_____/_____

ANAMNESE – INFANTIL E ADOLESCENTE

1 - Identificação

Nome da criança e/ou adolescente: _____

Sexo: () masc. () fem.

Data de nascimento: __/__/____ Idade: __anos e __m.

É filho: () natural () adotivo

Telefone: _____

Trab.Mãe: _____ Trab.Pai: _____

Endereço residencial do cliente:

Rua/ Av: _____ Bairro: _____

Cidade/ UF: _____ CEP _____

Local de trab. do pai e mãe: _____

Obs: _____

Nome do responsável que trouxe para o atendimento:

Grau de parentesco: _____ Data nasc: __/__/____

Idade: _____ Naturalidade: _____ Profissão: _____

Quem encaminhou ao atendimento: _____

Por que? _____

2 – Dados da Escola

Série: __ do __ grau .

Estuda no período: () manhã () tarde () noite () integral

Nome da escola: _____

Endereço da escola: _____

Telefones: _____

() Particular () Estadual () Municipal () Abrigo () Outro: _____

3 - Disponibilidade de horários

Assinale com um X nos dias e períodos do dia disponíveis para vir aos atendimentos:

Dia da semana	2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira

[Endereço – Telefone – E-mail]

Manhã					
Tarde					

OBS.: _____

Nome	Idade	Natural de	Escolaridade	Profissão	Estado Civil	Reside com você?	Observações (morte, etc)
Pai:							
Mãe:							
Irmãos:							
Caso seja casado, cônjuge:							
Filhos do cliente (caso tenha):							
Outras pessoas que moravam ou moram com a família (indicar):							

OBS: _____

5 – Condições Sócio - Econômicas

(Obs: a condição econômica não influenciará nas condições de atendimento, elas visam somente registrar dados sobre a clientela da clínica)

Mora em casa: () própria () alugada () financiada () emprestada

() junto a parentes.

Quem? _____

Quantos cômodos tem a casa? _____ Para quantas pessoas? _____

Como é a casa? () bem acabada () rebocada () sem reboco

Obs: _____

Costumam mudar muito de residência? () não () sim

Por quê? _____

Renda familiar em salários mínimos:

[Endereço – Telefone – E-mail]

() 1 () 1 a 2 () 2 a 3 () 3 a 5 () 5 a 10 () 10 a 20 ()

mais de 20

Quem contribui para a renda familiar?

Possui convênio médico? () sim () não Qual?

Assinale quantos dos bens abaixo a família possui em casa no quadro correspondente:

Dados de classificação sócio-econômica	Não tem	1	2	3 ou mais
Banheiro (incluindo lavabo)				
Rádio (incluindo a pilha)				
Máquina de lavar roupas				
Tanquinho				
Automóvel				
Televisor (preto e branco)				
Televisor (em cores)				
Vídeo cassete				
Geladeira				
Forno de microondas				
Telefone celular				
Computador				
Vídeo game				
Empregada mensalista (trabalha todos os dias)				
Babá				

Possui bens imóveis: () sim () não Quais:

6 - Dados sobre a família

Algum dos filhos é adotivo? Qual?

Algum filho mora com outras pessoas? () sim () não

Porque? _____

Houve algum aborto? () sim () não Quantos? ____ () natural ()

provocado

Morreu algum filho?

Quando? _____ Com que idade? _____

[Endereço – Telefone – E-mail]

Causa: _____

Qual a idade do paciente na ocasião?

Quem mora na casa?

() pai () mãe () avó () avô () tios () outros:

Os pais já tiveram tratamento psicológico ou psiquiátrico?

() Pai () Mãe

Quando? _____

Em que Instituição?

Por quê?

Nome da Instituição e/ou do profissional que o

atendeu: _____

Que tipo de tratamento recebeu? _____

Terminou? () sim () não.

Por que: _____

O pai tem algum problema? Qual?

Toma algum medicamento? Qual?

Há quanto tempo? _____

A mãe tem algum problema? Qual?

Toma algum medicamento? Qual?

Há quanto tempo? _____

Outras observações sobre os pais:

A família possui alguma crença religiosa?

Qual? _____

Frequentam-na? ()sim ()não

Qual a orientação dada aos filhos a respeito?

Qual o grau de escolaridade do pai?

E da mãe? _____

Estudam atualmente? Quem? Por quê?

Hábitos:

Assistem TV: ()sempre ()algumas vezes ()raramente ()nunca

Lêem revistas: ()sempre ()algumas vezes ()raramente ()nunca

Lêem jornais ()sempre ()algumas vezes ()raramente ()nunca

Lêem livros: ()sempre ()algumas vezes ()raramente ()nunca

Ouvem músicas: ()sempre ()algumas vezes ()raramente ()nunca

Frequentam clube: ()sempre ()algumas vezes ()raramente ()nunca

Frequentam shows:()sempre ()algumas vezes ()raramente ()nunca

Outras atividades: _____

Há costumes e tradições familiares atualmente? ()sim ()não

Quais?

Há deficientes mental na família? ()sim ()não. Quem? _____

Há portadores de sofrimento mental? ()sim ()não

Quem? _____

Há algum caso de sífilis na família? ()sim ()não.

Quem? _____

Há alguém internado na família? ()sim ()não.

Quem? _____

Por quê? _____

Houve alguma tentativa de suicídio na família? ()sim ()não

Quem? _____

Houve alguma tentativa de homicídio na família?

sim não

Quem? _____

O paciente apanha?

sempre de vez em quando raramente nunca

De quem e por quê? Explique:

Há outras agressões na família?

Descreva e explique: _____

Há alguém com asma ou problemas alérgicos na família?

sim não

Quem?

Há alguém viciado na família?

sim não

Quem?

Em quê?

álcool fumo drogas. Qual?

Há projetos / planos da família? Quais?

Qual a expectativa com relação à escolaridade dos filhos?

O que pensa sobre o futuro deste filho?

7 - História do paciente

GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

A gravidez foi planejada?

sim não

Fez acompanhamento pré-natal?

sim, a partir do _____ mês. não

Qual era o sexo desejado pela mãe?

() feminino () masculino () indiferente

Qual era o sexo desejado pelo pai?

() feminino () masculino () indiferente

Havia problemas na família durante a gravidez? De que tipo?

A gravidez alterou algum plano feito anteriormente pela família?

Existia algum pensamento ruim em relação ao feto durante a gravidez?

Qual?

Em relação ao parto?

Onde foi feito o parto?

O médico estava presente?

O pai estava presente?

Qual a duração do trabalho de parto?

Rompeu a bolsa antes do nascimento?

Houve dilatação? _____

O parto foi: () natural () cesariana () fórceps

Chorou logo ao nascer? () sim () não Ficou roxo? () sim () não

Precisou de oxigênio? () sim () não Teve icterícia? () sim () não

Observações sobre o parto:

Como a mãe reagiu ao nascimento do filho(a):

[Endereço – Telefone – E-mail]

E o pai?

Como foi a reação da mãe ao receber o filho para a primeira mamada?

Como a criança se comportou ao seio?

Pegou rápido? ()sim ()não

Sugou bem? ()sim ()não

Obs:

Houve dificuldades nos primeiros cuidados com a criança?

() sim () não

Quem cuidou da criança nos primeiros dias de vida?

Por que?

Por quanto tempo?

Usou chupeta? ()sim ()não Por quê?

Quando foi retirada? _____

De que maneira? _____

Chupou dedo? ()sim ()não

Até quando?

Dormiu no quarto dos pais? () sim () não

Por quanto tempo?

Por quê?

O nascimento alterou a relação do casal? Em quê?

ALIMENTAÇÃO

Até que idade mamou ao seio?

Como foi a retirada do seio?

Tomou mamadeira?

() sim () não

Até quando?

Com que idade começou a receber outro tipo de alimentação?

Qual foi a alimentação?

Do que gostava?

Do que não gostava?

Como reagia?

Quem dava alimentação para a criança?

Rejeitava alimentos?

Como os pais reagem a isso?

Atualmente, como se alimenta?

SONO

Quando bebê, dormia bem?

E atualmente?

Em que horários costuma dormir?

Tem cama individual?

sim não

Mexe-se muito dormindo?

sim não

Baba?

sim não

Anda?

sim não

Fala?

sim não

Grita?

sim não

Range os dentes?

sim não

Arregala os olhos?

sim não

Se sim, reconhece as pessoas?

sim não

Quando acorda à noite procura os pais?

sim não

Acorda várias vezes?

sim não

Tem pesadelos constantes?

sim não

Transpira muito durante o sono?

sim não

Urina na cama?

sim não

Como reage quando faz isso?

E os pais, como reagem?

Desenvolvimento psicomotor e linguagem

Com quanto tempo:

Sustentou a cabeça ?

Sentou?

Engatinhou?

Andou?

Permanecia muito tempo no quadrado ou chiqueirinho?

()sim ()não

Alguém ensinou-a a andar?

Quem? _____

Depois de aprender a andar, parou de fazê-lo em alguma ocasião?

() sim () não

Por quê? _____

Quando falou as primeiras palavras?

Falou ou fala corretamente?

()sim () não

Trocava ou troca letras?

()sim () não Quais? _____

Gaguejou ou gagueja? ()sim () não

Os pais tinham hábito de conversar com a criança, mesmo quando esta ainda não falava? ()sim () não

Falavam naturalmente ou usavam linguagem infantil?

()naturalmente ()infantil

Depois de aprender a falar, parou de fazê-lo em alguma ocasião? Por quê?

Com que idade controlou a urina durante o dia?

E durante a noite?

Com que idade controlou as fezes durante o dia?

E durante a noite?

Como aprendeu estes controlos?

Quem ensinou?

Depois de aprender a controlar (urina e fezes), em alguma ocasião deixou de fazê-lo? Por quê?

Quanto à lateralidade é: () destra () canhota () ambidestra

Obs:

COMPORTAMENTOS E HÁBITOS

Roe unhas? () sim () não Desde: _____ Razões dadas:

Morde os lábios? () sim () não Desde: _____ Razões dadas:

Puxa os cabelos? () sim () não Desde: _____ Razões dadas:

Tem algum tique? () sim () não Desde: _____ Razões dadas:

Como os pais reagem a isso?

Prefere brincar:

() sozinho () acompanhado?

Que tipo de brincadeira prefere? _____

Cuida dos brinquedos? _____

Tem amigos? _____

Normalmente, estes amigos são da mesma idade?

() sim () não

Faz amizades facilmente? ()sim ()não

Lidera nas brincadeiras? ()sim ()não

Quem escolhe os amigos?

Como se comporta em festas?

Costuma frequentar a casa dos amigos? ()sim ()não

Recebe amigos em casa? ()sim ()não

Que tipo de amigos tem? São de conhecimento dos pais? _____

SEXUALIDADE

Tem curiosidade sexual? ()sim ()não

Faz perguntas sobre:

Nascimento? ()sim ()não

Órgãos genitais? ()sim ()não

Sexo? ()sim ()não

Qual a atitude dos pais frente a essas perguntas?

Que nome usa para os órgãos genitais?

Mexe ou mexeu muito no órgão genital? ()sim ()não Em que idade? _____

Qual a atitude dos pais frente a isso? _____

Já souberam de algum tipo de brincadeira sexual? ()sim ()não

De que tipo? Com quem? _____

Sofreu algum tipo de violência sexual? ()sim ()não Qual? De quem?

Qual a atitude dos pais frente a isso? _____

No caso de adolescentes mais velhos favor responder sozinhos as questões abaixo:

Tem vida sexual ativa? () sim () não

Quando iniciou?

Já morou/mora junto com um parceiro ou foi casado/a? Explique:

Acredita ter orientações suficientes sobre assuntos ligados a sexo?

()sim ()não

Gostaria de saber mais sobre:

Escola

Quando começou a frequentar a escola?

Como se adaptou à mesma? _____

Quem costuma levá-la à escola? _____

Houve alguma dificuldade em relação à aprendizagem?

De que tipo? _____

Em que ano? _____

Vai bem na escola? _____

Gosta da(s) professora(s)? _____

Tem dificuldade em:

Matemática? ()sim ()não

Que tipo? _____

Português? ()sim ()não

Na leitura? ()sim ()não

Na escrita? ()sim ()não

Estudos sociais? ()sim ()não Que tipo? _____

É inquieto na classe? _____

Briga muito com os amigos? _____

Na escola mantém-se isolado dos colegas? ()sim ()não

Foi reprovado alguma vez?

()sim ()não Quando? _____

Por quê? _____

Mudou de escola? ()sim ()não Por quê? _____

Como os pais reagem quando tira notas baixas?

Alguém auxilia a criança nos estudos? () sim () não

Quem? _____

Saúde

A criança / adolescente tem algum problema físico? () sim () não

Qual?

Tomou ou toma algum medicamento? () sim () não

Qual? _____

Há quanto tempo? _____

Que doenças teve na infância?

Sofreu algum acidente? () sim () não

Como foi?

Enxerga bem? () sim () não

Ouve bem? () sim () não

Fala errado? () sim () não Que erros comete:

Já esteve no médico oftalmologista (dos olhos)? () sim () não

Que médicos frequentou?

Já esteve em algum tipo de atendimento especializado? () sim () não

De que tipo? () Psicológico () Fonoaudiológico () Psiquiátrico

() Psicopedagógico () Outro _____

Por quanto tempo? _____ Porque deixou? _____

Algum outro dado importante sobre a saúde dele / dela?

Quais as doenças que já teve, com que idade e qual a gravidade?

Sofreu algum tipo de operação? Qual? Com que idade?

Teve convulsão? Com que idade? Descreva a mesma.

A convulsão apareceu após a febre alta? ()sim ()não

Sofreu desmaios? ()sim ()não Quando?

Já teve algum tombo de maior consequência? Quando? O que foi feito?

Teve algum tipo de acidente? Quando? Descreva.

Observações que o informante desejar fazer:

Nome do informante: _____

_____, _____ de _____ de 20____.

Responsável pela anamnese:

Assinatura do supervisor(a):

[LOGOMARCA]

[Endereço – Telefone – E-mail]

ANAMNESE ADULTO

Data do atendimento: ____/____/____

1 – IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Estado Civil: _____

Nacionalidade: _____

Grau de instrução: _____

Profissão: _____

Residência (Cidade/Estado): _____

Telefones para contato: _____

2 – ATENDIMENTO:

Frequência: _____

Data/hora: _____

a) Queixa Principal:

b) Secundária:

c) Sintomas:

3 – HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL:

a) Início da patologia:

b) Frequência:

c) Intensidade:

d) Tratamentos anteriores:

e) Medicamentos:

4 – HISTÓRICO PESSOAL:

a) Infância:

b) Rotina:

c) Vícios:

d) Hobbies:

e) Trabalho:

5 – HISTÓRICO FAMILIAR:

a) Pais:

b) Irmãos:

c) Cônjuge

d) Filhos:

e) Lar:

f) Patológica Progressiva (enfermidades e tratamentos atuais e anteriores):

6 – EXAME PSÍQUICO:

a) Aparência:

b) Comportamento:

c) Atitude para com o entrevistador:

() cooperativo () resistente () indiferente

[Endereço – Telefone – E-mail]

d) Orientação: () Autoidentificatória () corporal () temporal () espacial () orientado em relação a patologia

Observações:

e) Atenção:

Vigilância:

Tenacidade:

f) Memória:

g) Inteligência:

h) Senso percepção: () normal () Alucinação

i) Pensamento:

() acelerado () retardado () fuga () bloqueio () prolixo () repetição

* Conteúdo:

() obsessões () hipocondrias () fobias () delírios

* expansão do eu:

() grandeza () ciúme () reivindicação () genealógico () místico, de missão salvadora () deificação () erótico () de ciúmes () invenção ou reforma () ideias fantásticas () excessiva saúde () capacidade física () beleza () outros:

* retração do eu:

() prejuízo () auto-referência () perseguição () influência () possessão () humildades () experiências apocalípticas () outros: * negação do eu: () hipocondríaco () negação e transformação corporal () autoacusação () culpa () ruína () niilismo () tendência ao suicídio () outros:

j) Linguagem:

() disartrias (má articulação)
() afasias, verbígeração (repetição de palavras)
() parafasia (emprego inapropriado de palavras com sentidos parecidos)
() neologismo
() mussitação (voz murmurada em tom baixo)
() logorréia (fluxo incessante e incoercível de palavras)
() para-respostas (responde a uma indagação com algo que não tem nada a ver com o que foi perguntado

k) Afetividade: l) Humor:

normal exaltado baixa de humor quebra súbita da tonalidade do humor durante a entrevista

m) Consciência da doença atual:

sim parcialmente não

7 – HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

[LOGOMARCA]

[Endereço – Telefone – E-mail]

FICHA DE ANAMNESE INFANTIL

I – IDENTIFICAÇÃO

1. Nome _____
2. Idade: _____ Sexo: ()M ()F
3. Data de Nascimento: _____

II – DADOS FAMILIARES

01. Nome do pai: _____
02. Nome da mãe: _____
03. Responsável pelo(a) aluno(a): _____
04. Nº de irmãos / sexo / idades: _____
- _____
05. Posição no bloco familiar: _____
06. Pais: () Casados () Separados

Reação da criança frente a situação:

A criança vive com quem?

07. Filho: () Biológico () Adotivo

A criança é ciente de sua adoção? () Sim () Não

Observação: Reação da criança à situação:

Marque com SIM ou NÃO para as alternativas abaixo:

08. Histórico:

[Endereço – Telefone – E-mail]

8.1. Gestação: () Completa () Prematura

8.2. Saúde da mãe durante a gravidez: () Doenças () Inquietações

8.3. Parto: () Normal () Cesariana () Induzido

8.4. Amamentação: () Materna () Artificial

8.5. Apresentou atraso ou problema na fala? () N () S

8.6. Dificuldades ou atraso no controle do esfíncter? () N () S

8.7. Tem enurese noturna? () N () S

8.8. Seu desenvolvimento motor foi no tempo esperado? () N () S

8.9. Perturbações (pesadelos, sonambulismo, agitação, etc.): () N () S

8.10. Possui hábitos especiais (requer a presença de alguém, medos, etc.): () N () S

Troca letras, fonemas? () N () S Quais?

Fatos que afetaram o desenvolvimento do(a) aluno(a) (acidentes, operações, traumas etc.) ou outras ocorrências:

09. Estado Atual da Criança

Apresenta alguma dificuldade:

Na visão: () N () S Qual?

Na fala: () N () S Qual?

Locomoção: () N () S Qual?

[Endereço – Telefone – E-mail]

Atividades de vida diária:

Toma banho sozinho? ()N ()S

Escova os dentes sozinho? ()N ()S

Usa o banheiro sozinho? ()N ()S

Necessita de auxílio para se vestir ou despir? ()N ()S

10. Em que idade se deu a retirada das fraldas?

11. Tendências Próprias:

Atende as intervenções quando está desobedecendo? ()N ()S

Apresenta choro fácil? ()N ()S

Recusa auxílio? ()N ()S

Tem resistência ao toque (afago, carinho). ()N ()S

12. Escolaridade:

A criança já estudou antes em outra escola? Qual?

Motivo da transferência:

Já repetiu alguma série? ()N ()S

Se sim, qual? _____

A criança recebe algum tipo de orientação quanto aos deveres de casa? ()N ()S

Quem oferece? Durante quanto tempo?

[Endereço – Telefone – E-mail]

13. Participa de algumas das atividades abaixo?

() Curso de língua estrangeira. Qual(is)? _____

() Modalidades esportivas. Qual(is)? _____

() Dança. Qual(is)? _____

() Instrumento musical. Qual(is)? _____

14. Sociabilidade:

Faz amigos com facilidade?

Adapta-se facilmente ao meio?

Quem são os companheiros da criança nas brincadeiras?

Escolha de grupo:

() Mesmo sexo () Sexo oposto () Criança da mesma idade () Criança mais nova () Criança mais velha

Distrações preferidas: () Televisão () Música () Leitura () Coleção () Computador () Outros. Quais?

Atitudes sociais predominantes:

() Obediente () Independente () Comunicativo

() Agressivo () Cooperador

Emocionais:

() Tranquilo () Seguro () Ansioso

() Alegre () Emotivo () Queixoso

Observações:

[Endereço – Telefone – E-mail]

[LOGOMARCA]

ANAMNESE TERAPÊUTICA

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Signo: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Profissão: _____ Tempo de serviço: _____

Filhos: _____ Religião: _____

Motivo da Consulta:

Pratica esportes/exercícios físicos: _____

Fuma: _____

Já fez terapia antes? Qual? Obteve resultados satisfatório?

Está tomando algum tipo de medicamento? Quais?

Funcionamento intestinal:

Menstruação Regular? Menopausa? Quanto tempo? Pílulas, Cólicas.

* Obs: (olhar cor do rosto, veias dos olhos, cor e umidade da língua, pulso, olheiras, postura, se fica ansioso, nervoso).

1 - Marque com um (X) se você tiver algum dos problemas abaixo:

() Artrite () Tendinite () Hipertensão () Neurite () Trombose () Bursite

() Bursite () Nódulos () Traumatismo () Tumor () Fibromialgia () Hepatite

() Câncer () Feblite () Escabiose () Osteoporose () Anemia () Alergia

() Tireoidismo () Artrose () Problemas Cardíacos

() Prob. Neurológicos () Dilatação da Aorta () Problemas Renais

() Outros - Quais:

[Endereço – Telefone – E-mail]

Conclusão:

2 - Tratamentos terapêuticos energéticos a serem aplicados:

3 - Periodicidade: () Diária () Semanal () Quinzenal () Mensal

OBS:

(CONFIRMO SEREM VERDADEIRAS E DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE AS
INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS)

Cidade, estado, data e ano.

Nome completo do profissional

CRP

[Endereço – Telefone – E-mail]

ANAMNESE DE PSICOMOTRICIDADE

A IDENTIFICAÇÃO:

Data ____/____/____

Nome: _____ Idade _____

Nome do pai: _____

Nome da mãe: _____

Irmãos (idades): _____

Os motivos da consulta: _____

OS ANTECEDENTES DA CRIANÇA:

A gravidez: _____

O parto: _____

Histórico dos primeiros dias: _____

Hábitos de higiene: _____

A marcha: _____

A linguagem: _____

Doenças e acidentes graves: _____

CONDIÇÕES DA VIDA DIÁRIA:

O meio: _____

Principais eventos da vida da criança: _____

A escolaridade: _____

OS ANTECEDENTES TERAPÊUTICOS:

Ensaio terapêuticos já tentados: _____

Conclusão de diversos exames: _____

Teste aplicados: _____

Aspectos físicos e de desenvolvimento: _____

Saúde aparente: _____

Harmonia e desarmonia: _____

Anomalias (estrabismos, onicofagia etc.): _____

Exames ortopédicos: _____

ADAPTAÇÃO A SITUAÇÕES:

Ansiedades: _____

Inibições: _____

EXPRESSÃO VERBAL:

Voz: _____

Ritmo: _____

Espontaneidade: _____

Maturidade da expressão: _____

Conteúdo da linguagem: _____

ATITUDES COM O CORPO:

Gestos: _____

Mímica: _____

Presença ou ausência do sorriso: _____

Hipermobilidade: _____

Hipomobilidade: _____

REAÇÕES PARTICULARES OBSERVADAS:

Sim ou não Sentimento de:

Fracasso _____

De adaptação _____

Lentidão geral _____

Precipitação em tudo _____

Perfeccionismo _____

Desleixo _____

Interesse pelas coisas _____

Desinteresse _____

Fadigabilidade _____

Excitabilidade _____

Nome de quem forneceu as informações:

_____, ____/____/____

ANAMNESE CIRURGIA BARIÁTRICA

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Estado Civil: _____ Tem filhos? _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

2. COMPREENSÃO DA DEMANDA

Por que a necessidade de passar por um psicólogo antes de submeter-se a cirurgia de gastroplastia?

Já fez algum acompanhamento psicológico ou tratamento psiquiátrico?

Em caso afirmativo, explorar o motivo, quando e onde.

Há casos psiquiátricos na família?

Em caso afirmativo, qual(ais) psicopatologias (s)? Qual o grau de parentesco?

Toma bebidas alcoólicas ou faz uso de drogas? Alguém na família faz? Possui algum vício? (histórico presente e pregresso)

2.HISTÓRIA DO SOPREPESO

Peso atual:_____ Altura:_____ ICM:_____

Há quanto tempo se sente incomodado com o sobrepeso? (Associação as etapas de ciclos de vida e de acontecimento de vida) Antecedentes familiares de obesidade?

Já fez tratamento para obesidade? Se sim, quais e há quanto tempo?

Se lembra de ter atingido benefícios após as dietas?

Qual (ais) sua(s) atitude (s) em relação à interrupção de dietas:

Diga se já se sentiu ou pensou da forma descrita abaixo:

- a.“Não consigo resistir a alimentos que engordam”
- b.“Eu fico fraca quando estou de regime”
- c.“Me sinto irritada, nervosa”
- d.“Perco pouco peso mesmo parando de comer”
- e.“Iria ter que fazer regime o resto da minha vida”
- f.“Eu cozinho para família e não resisto”
- g.“Se eu quebro o regime uma vez já acho que tudo está perdido e volto a comer muito”
- h.“Eu que faço a compras e aí não resisto”
- i.“As comidas de regime são muito caras e despendem muito ou disposição para prepará-las”

Obs.:

[Endereço – Telefone – E-mail]

Você tem problemas de saúde ou limitações físicas por conta da obesidade? Quais?

Detectou algum comorbidade relaciona ao sobrepeso?

Você apresenta alguma alteração do sono?

Você se considera:

Ansioso Depressivo Compulsivo Agressivo

Estressado Fóbico Outros

Explique:

A que atribui seu problema de obesidade? (Hábitos alimentares desadequados; compulsão para comer ou falta de auto-controle; alterações do estado emocional; alterações hormonais; fatores metabólicos; fatores hereditários; acontecimentos de vida; sedentarismo.)

Você acredita que há alguma relação psicoemocional e sua obesidade?

Sim Não

Por quê?

Com qual (quais) comportamento (s) você se identifica:

Come poucas vezes, porém em grandes quantidades

Come durante o dia todo, sem refeições planejadas

Acorda para comer

Sente uma vontade incontrolável de comer grande quantidade de comida

[Endereço – Telefone – E-mail]

- () Come até se sentir incomodamente repleto
- () Come grandes quantidades de comida mesmo sem fome
- () Come sozinho, escondido dos outros
- () Sente repulsa por si mesmo, depressão ou culpa após comer excessivamente
- () Provocar vômitos após comer
- () Tomar remédio (laxantes/diuréticos ou outros) para emagrecer sem orientação médica

Outros: Algum destes comportamentos é mais frequente em você? Ocorre quantas vezes a semana e há quanto tempo?

Quais suas preferências alimentares?

3. DINÂMICA PSICOEMOCIONAL

Você está satisfeito consigo mesmo?

Como é seu relacionamento com seu cônjuge/companheiro (a)?

Como é seu relacionamento com sua família?

Como é seu relacionamento social/profissional? Há alguma atividade social que evita?

Quais são suas atividades de lazer? Há alguma atividade que gostaria de fazer e por

[Endereço – Telefone – E-mail]

algum motivo não o faz?

Pratica alguma atividade física? Como se sente? Se a resposta for não, por que não o faz?

Você tem ou já teve apelidos? Quais? O que representavam?

Faça uma apresentação de você como se fosse para alguém que não lhe conhece:

Como acha que as pessoas que lhe conhecem lhe apresentariam:

Diga se já teve alguma destas atitudes descritas abaixo:

- a. Repara no corpo de outras mulheres (homens) e, ao se comparar, sente-se em desvantagem, inferior.
- b. Quando pensa no corpo/gordura não consegue mais se concentrar em outras atividades
- c. Já deixou de participar de eventos sociais por sentir mal em relação ao seu corpo
- d. Sente-se mais contente com seu físico quando está com estomago vazio
- e. As pessoas têm vergonha de sair com ele (a) por causa do corpo
- f. Sente-se culpado por ser gordo
- g. Evita-se olhar-se no espelho ou pesar-se

Você tem vida sexual ativa?

() Sim () Não

[Endereço – Telefone – E-mail]

Em caso afirmativo, como está?

4.MOTIVAÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Quais são suas expectativas perante a cirurgia?

Qual o seu papel no pré e pós operatório?

Como está se organizando para o pós operatório?

Quem irá ajudá-lo no pós operatório?

4. ATITUDES FRENTE A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Já se submeteu a alguma cirurgia? Qual? Quando?

Que sentimentos teve antes da cirurgia?

Como reagiu ao pós operatório?

PARECER, CONDUTA E ORIENTAÇÕES: (verso)

[Endereço – Telefone – E-mail]