

FICHA DE ANAMNESE ABRATIN

Data de início:

Nome:

Data de nascimento:

Sexo:

Tipo sanguíneo:

Endereço:

E-mail:

Telefones para Contato:

Religião:

Escolaridade:

Profissão:

Estado Civil:

Telefone de um familiar ou amigo mais próximo:

O que levou a fazer terapia?

Já fez terapia anteriormente? (citar abordagem e período)

Qual a sua expectativa com a terapia?

Marque com um (X) os sintomas emocionais que você apresenta atualmente:

<u>Pesadelos</u>	<u>Depressão</u>	<u>Angústia</u>	<u>Inquietação</u>
<u>Tristeza</u>	<u>Ansiedade</u>	<u>Medo</u>	<u>Stress</u>
<u>Raiva</u>	<u>Fraqueza</u>	<u>Solidão</u>	<u>Violência</u>

Marque com um (X) os sintomas físicos que você apresenta atualmente:

<u>Dor de cabeça</u>	<u>Enxaqueca</u>	<u>Confusão mental</u>	<u>Dificuldade de concentração</u>
<u>Dor de garganta</u> <u>Tireóide</u>	<u>Rinite</u> <u>Sinusite</u>	<u>Gripe</u>	<u>Asma</u>
<u>Pressão baixa</u>	<u>Pressão alta</u>	<u>Má circulação</u>	<u>Cardiopatia</u>
<u>Gastrite</u>	<u>Diarreia</u>	<u>Prisão de ventre</u>	<u>Má digestão</u>
<u>Problemas de pele</u>	<u>Baixa libido</u>	<u>Baixa criatividade</u>	<u>Baixa vitalidade</u>
<u>Infecção urinária</u>	<u>Hemorroidas</u>	<u>Dor Renal</u> <u>Anemia</u>	<u>DST</u>

Possui algum sintoma do quadro abaixo? Marque o que você sente:

<u>Mãos e pés frios</u>	<u>Arrepios</u>	<u>Vê vultos ou imagens</u>	<u>Escuta vozes</u>
<u>Pressentimentos</u>	<u>Tonturas</u>	<u>Mal-estar</u>	<u>Não dorme</u>

Há outros sintomas emocionais ou físicos que queira relatar? Se sim, qual(is)?

Já teve diagnóstico de algum transtorno psiquiátrico? Se sim, qual(is)?

Há histórico de transtornos psiquiátricos familiares? Se sim, qual(is)?

Como está a sua libido atualmente? Dê uma nota de 0 a 10.

Já teve ou tem alguma doença que considere importante informar?

Já fez alguma cirurgia? Se sim, qual(is)? Quando?

Já usou ou usa drogas? Se sim, qual(is)?

Atualmente toma algum tipo de medicamento? Se sim, qual(is)?

Já pensou ou tentou suicídio? Em quais situações? Me fale um pouco sobre isso.

Fale um pouco do seu relacionamento com:

Mãe:

Pai:

Irmãos:

Filhos:

Outros relacionamentos importantes:

Observações importantes na Anamnese (A ser preenchido pelo terapeuta):

REGISTRO DOS ATENDIMENTOS

(A ser preenchido pelo terapeuta)

<u>DATA</u>	<u>ATENDIMENTOS</u>