|  |
| --- |
| **Formulário de Auxílio à Coleta da História**  Baseado em: Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2010). *Conceitualização de casos colaborativa*. Porto Alegre, Artmed. |

|  |
| --- |
| **APOIO PARA CONHECER VOCÊ MELHOR** |

O propósito deste questionário é obter algumas informações sobre seu passado que possam nos ajudar a entender o contexto mais amplo de sua situação atual. Teremos oportunidade de discutir as suas dificuldades em detalhes, mas poderemos não ter tempo para discutir todos os aspectos de sua história e momento de vida atual. Este formulário lhe dá a oportunidade de nos fornecer um quadro mais completo e de fazer isso no seu próprio ritmo. Algumas questões são bem factuais, enquanto que outras têm uma natureza mais subjetiva. Se você achar difícil alguma parte do formulário, por favor, deixe em branco e poderemos discutir na sua entrevista. Enquanto isso, se você tiver algum problema em preencher alguma das seções, por favor, não hesite em nos contatar. **Todas as informações que você fornecer neste formulário são confidenciais.**

|  |
| --- |
| **SEUS DADOS PESSOAIS** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome |  | | |
| Data de nascimento |  | Religião |  |
| Sexo |  | Ocupação |  |
| Telefone |  | Escolaridade: |  |
| Estado Civil |  | CPF |  |
| Endereço |  | | |
| CEP |  | E-mail |  |

|  |
| --- |
| **SUAS DIFICULDADES E OBJETIVOS** |

Por favor, liste resumidamente as três dificuldades principais que o levaram a buscar ajuda.

|  |
| --- |
| 1. |
| 2. |
| 3. |

Por favor, diga o que você deseja alcançar com a terapia.

|  |
| --- |
| 1. |

|  |
| --- |
| **VOCÊ E SUA FAMÍLIA** |

1. Qual seu local de nascimento?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Por favor, dê alguns detalhes sobre seu **PAI** (se souber)

* Qual a idade dele atualmente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Se ele já não está vivo, com que idade morreu? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Que idade você tinha quando ele morreu? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Qual é, ou era, a ocupação dele? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, conte alguma coisa sobre seu pai, seu caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ele.

3. Por favor, dê alguns detalhes sobre sua **MÃE** (se souber)

* Qual a idade dela atualmente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Se ela já não está viva, com que idade morreu? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Que idade você tinha quando ela morreu? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Qual é, ou era, a ocupação dela? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, conte alguma coisa sobre sua mãe, seu caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ela.

4. Se existiram/existem problemas no seu relacionamento com seus pais, por favor, descreva-o(s) mais importante(s).

O quanto isso o incomoda atualmente? (por favor, circule)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Em absoluto** | **Um pouco** | **Moderadamente** | **Muito** | **Não poderia ser pior** |

**Seus irmãos e irmãs** (se souber).

5. Quantos filhos, incluindo você, há na sua família? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, dê seus nomes e outros detalhes listados abaixo. Inclua você e, por favor, comece pelo mais velho. Inclua também meio-irmãos, filhos de padrasto ou madrasta ou outras crianças adotadas por seus pais e indique quem são elas.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Ocupação** | **Idade** | **Sexo** | **Comentários** |
|  |  |  | M / F |  |
|  |  |  | M / F |  |
|  |  |  | M / F |  |
|  |  |  | M / F |  |
|  |  |  | M / F |  |
|  |  |  | M / F |  |

6. Por favor, descreva as relações importantes com seus irmãos, se são benéficas ou problemáticas para você.

7. Como era o clima geral na sua casa?

8. Houve alterações importantes, por exemplo, mudanças ou outro evento significativo, durante a sua infância ou adolescência? Inclua alguma separação da família. Por favor, dê as idades aproximadas e detalhes.

9. Houve mais alguém que tenha sido importante para você durante a sua infância (p. ex., avós, tias/tios, amigo da família, etc.)? em caso afirmativo, você poderia nos contar alguma coisa sobre ele?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 10. Alguém na sua família já recebeu tratamento psiquiátrico? | **Sim** | **Não** | **Não tenho certeza** |
| 11. Alguém na sua família tem história de doença mental, álcool ou abuso de drogas? | **Sim** | **Não** | **Não tenho certeza** |

Em caso afirmativo, por favor, preencha:

|  |  |
| --- | --- |
| **Membro da família** | **Lista de problemas psiquiátricos específicos, abuso de álcool ou drogas** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |

12. Algum membro da sua família já teve uma tentativa de suicídio? S / N

Em caso afirmativo, qual seu grau de parentesco com essa pessoa?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Algum membro da sua família já morreu por suicídio? S / N

|  |
| --- |
| **SUA EDUCAÇÃO** |

1. (a) Por favor, conte-nos alguma coisa sobre a sua escolaridade e a sua educação.

(b) Você gostava de escola? Houve algum sucesso ou dificuldade em particular? Quais foram os mais importantes?

O quanto isso o incomoda? (por favor, circule)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Em absoluto** | **Um pouco** | **Moderadamente** | **Muito** | **Não poderia ser pior** |

|  |
| --- |
| SUA HISTÓRIA LABORAL / PROFISSIONAL |

1. Que atividade ou papel principal você desempenha atualmente?

2. Por favor, conte-nos alguma coisa sobre a sua vida laboral passada, incluindo os empregos e os cursos / formações / treinamentos que realizou.

3. Houve dificuldades particulares? Quais foram as mais importantes?

|  |
| --- |
| EXPERIÊNCIA DE ACONTECIMENTOS PERTURBADORES |

1. Às vezes acontecem coisas às pessoas que são extremamente perturbadoras – coisas como estar em uma situação de ameaça à vida, como um desastre importante, um acidente muito grave ou um incêndio; ser agredido fisicamente ou estuprado; ou ver uma pessoa ser morta, muito ferida ou ficar sabendo de algo terrível que aconteceu a alguém próximo a você. Em algum momento durante sua vida, algum deste tipo de coisas aconteceu com você?

1. Em caso negativo, por favor, marque aqui. \_\_\_
2. Em caso afirmativo, por favor, liste os eventos traumáticos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrição breve** | **Data (mês/ano)** | **Idade** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Caso você tenha listado algum evento: Às vezes coisas ficam voltando em pesadelos, *flashbacks* (lembras indesejadas) ou pensamentos dos quais você não consegue se livrar. Isso já aconteceu com você? | **Sim** | **Não** |
| Em caso negativo: E quanto a ficar muito perturbado quando você esteve em uma situação que lhe fez lembrar de uma dessas coisas terríveis? | **Sim** | **Não** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Você alguma vez passou pela experiência de abuso físico quando criança? | **Sim** | **Não** | **Não tenho certeza** |
| 2. Você alguma vez passou pela experiência de abuso físico quando adulto? | **Sim** | **Não** | **Não tenho certeza** |
| 3. Você alguma vez passou pela experiência de abuso sexual quando criança? | **Sim** | **Não** | **Não tenho certeza** |
| 4. Você alguma vez passou pela experiência de violência sexual, incluindo encontros amorosos ou conjugais? | **Sim** | **Não** | **Não tenho certeza** |
| 5. Você alguma vez passou pela experiência de abuso emocional ou verbal quando criança? | **Sim** | **Não** | **Não tenho certeza** |
| 6. Você alguma vez passou pela experiência de abuso emocional ou verbal quando adulto? | **Sim** | **Não** | **Não tenho certeza** |

|  |
| --- |
| SEU PARCEIRO E SUA FAMILIA ATUAL |

1. Sobre o(s) seu(s) **parceiro(s)**

1. Por favor, descreva brevemente relacionamento(s) anterior(es) importante(s), em ordem cronológica. Inclua o tempo que durou e porque você acha que o(s) relacionamento(s) terminavam.
2. Você tem algum parceiro atualmente? Em caso positivo,

Qual a idade dele/dela?\_\_\_\_\_

Qual a ocupação dele/dela? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Há quanto tempo vocês estão juntos? \_\_\_\_\_\_

1. Por favor, conte-nos alguma coisa sobre seu/sua parceiro(a), seu caráter ou personalidade, e o seu relacionamento com ele/ela. O que você gosta nessa relação?
2. Se houver problemas no relacionamento com o seu/sua parceiro(a), por favor, descreva o(s) mais importante(s).

O quanto isso o(a) incomoda atualmente? (por favor, circule)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Em absoluto** | **Um pouco** | **Moderadamente** | **Muito** | **Não poderia ser pior** |

2. Como é a sua vida sexual? Você tem alguma dificuldade em sua vida sexual? Em caso positivo, por favor, tente descrevê-la.

O quanto isso o(a) incomoda atualmente? (por favor, circule)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Em absoluto** | **Um pouco** | **Moderadamente** | **Muito** | **Não poderia ser pior** |

3. Sobre seus **filhos** (se tiver)

(a) Se você tiver filhos, liste-os por ordem de idade. Por favor, indique algum filho de casamento(s) anterior(es) e filho(s) adotado(s); indique quem eles são.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Ocupação** | **Idade** | **Sexo** | **Comentários** |
|  |  |  | M / F |  |
|  |  |  | M / F |  |
|  |  |  | M / F |  |
|  |  |  | M / F |  |
|  |  |  | M / F |  |
|  |  |  | M / F |  |

1. Por favor, descreva seu relacionamento com seu(s) filho(s). Se houver alguma dificuldade com seus filhos, por favor descreva a(s) mais importante(s).

O quanto isso o(a) incomoda atualmente? (por favor, circule)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Em absoluto** | **Um pouco** | **Moderadamente** | **Muito** | **Não poderia ser pior** |

|  |
| --- |
| SUA HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA |

1. Você já foi hospitalizado por algum motivo emocional ou psiquiátrico? S / N

Em caso afirmativo, quantas vezes você foi hospitalizado? \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Nome do hospital** | **Razão para hospitalização** | **Foi útil?** |
|  |  |  | S / N |
|  |  |  | S / N |
|  |  |  | S / N |

2. Você já recebeu tratamento psiquiátrico ou psicológico ambulatorial? S / N

Em caso afirmativo, preencha o seguinte:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Nome do hospital** | **Motivo do Tratamento** | **Foi útil?** |
|  |  |  | S / N |
|  |  |  | S / N |
|  |  |  | S / N |

3. Você está tomando alguma medicação por motivos psiquiátricos? S / N

Em caso afirmativo, preencha o seguinte:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicação** | **Dosagem** | **Frequência** | **Médico que prescreveu** | **Especialidade** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Você já tentou suicídio? S / N

Em caso afirmativo, quantas vezes você tentou suicídio?\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data aproximada** | **O que exatamente você fez na tentativa de tirar a própria vida?** | **Você foi hospitalizado?** |
|  |  | S / N |
|  |  | S / N |
|  |  | S / N |
|  |  | S / N |

|  |
| --- |
| SUA HISTÓRIA MÉDICA |

1. Você tem um médico de referência que você visita para realização de revisões de rotina?

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Especialidade |  |
| Endereço |  |
| Telefones |  |

2. Quando foi a ultima vez que você fez um *check-up*? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Você foi tratado pelo seu clínico geral ou foi hospitalizado neste último ano? S / N

Em caso afirmativo, por favor, especifique. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Houve alguma mudança na sua saúde geral neste último ano? S / N

Em caso afirmativo, por favor, especifique. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. No momento você está tomando alguma medicação por razões não-psiquiátricas? S / N

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicação** | **Dosagem** | **Freqüência** | **Razão** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

6. Você já teve ou tem uma história de (marque todos os que se aplicam):

* Derrame
* Asma
* Tuberculose
* Úlcera
* Diabete
* Febre reumática
* Sopro cardíaco
* Anemia
* Hiper ou hipotensão
* Cirurgia cardíaca
* Ataque cardíaco
* Angina
* Problemas de tireóide

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7. Você está grávida ou acha que pode estar? | **Sim** | **Não** |
| 8. Você já teve ataque, acessos, convulsões ou epilepsia? | **Sim** | **Não** |
| 9. Você tem prótese de válvula cardíaca? | **Sim** | **Não** |
| 10. Você tem alguma condição médica atual? Em caso positivo, especifique: | **Sim** | **Não** |

|  |
| --- |
| HISTÓRIA DE USO DE ÁLCOOL E DROGAS |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. O seu uso de álcool já lhe causou algum problema? | **Sim** | **Não** |
| 2. Alguém já lhe disse que o álcool lhe causava algum problema ou reclamou sobre seu comportamento de beber? | **Sim** | **Não** |
| 3. O seu uso de drogas já lhe causou algum problema? | **Sim** | **Não** |
| 4. Alguém já lhe disse que as drogas lhe causavam algum problema ou reclamou sobre o seu uso delas? | **Sim** | **Não** |
| 5. Você já ficou “viciado” em alguma medicação prescrita ou já tomou mais do que deveria? Em caso afirmativo, por favor liste essas medicações: | **Sim** | **Não** |
| 6. Você já foi hospitalizado, entrou em programa de desintoxicação ou esteve em algum programa de reabilitação por problemas com alguma droga ou álcool? Em caso afirmativo, quando e onde você foi hospitalizado? | **Sim** | **Não** |

|  |
| --- |
| **SUAS PERSPECTIVAS QUANTO AO FUTURO** |

1. Por favor, mencione alguma satisfação particular que você obtém com a sua família, com sua vida laboral ou com outras áreas que são importantes para você.

2. Você poderia nos contar alguma coisa sobre seus planos, suas esperanças e suas expectativas para o futuro?

3. Por favor, poderia nos contar como se sentiu preenchendo este questionário?

*OBRIGADA*