

FICHA DE ANAMNESE

Nome:		Data Nasc. :	
Estado Civil:		Idade:	
Peso atual:	Altura:	Filhos:	Idades:
Religião	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Gestante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Endereço:			
Cidade:	Telefone:	Celular:	
E-mail:		Escolaridade:	
Profissão:		Cor predileta:	
Passatempo predileto:			

Se casado (a), como é a relação com o cônjuge? <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ótima	
Como foi sua infância? <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ótima	
Foi criado (a) em zona rural ou urbana? <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
Tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, você é que "nº"? _____	Como se relacionava com os irmãos? Bem <input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/>
Como era seu relacionamento com seus pais? <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Ótimo Pai() Mãe() Padrasto() Madrasta() Avô/Avó() Cuidador()	
Seus pais foram agressivos com você? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual deles era o mais bravo? O pai <input type="checkbox"/> A mãe <input type="checkbox"/>	
Na infância, era obrigado(a) a fazer alguma coisa que lhe desagradava? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Lembra-se de alguma coisa que te fez se magoar muito na infância? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, o quê? _____	
Teve perdas de familiares ou amigos na infância? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
O que te faz sentir tristeza ao recordar do passado?	
Quando criança tinha medo do quê?	
Dormia com luz acesa ou apagada? <input type="checkbox"/> Acesa <input type="checkbox"/> Apagada	
Como foi sua adolescência? <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Ótima	

FICHA DE ANAMNESE

Teve fase de rebeldia na adolescência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Iniciou sua sexualidade com que idade? _____ Anos
Como foi sua primeira vez? <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Satisfatória
Quando criança, o que seus pais te diziam sobre sexo? <hr/>
Tem tido algum problema com relação ao sexo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer
Atualmente sempre se realiza nas relações sexuais? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes
O sexo para você é algo: <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Sem importância <input type="checkbox"/> Muito importante
Seus pais têm ou tinham alguma religião? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual? _____
Você alterna períodos de tristeza e alegria fora do comum? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Fez ou faz alguma coisa que se sente culpado(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você se considera feliz? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Teve algum episódio de aborto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Espontâneo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Faz alguma coisa por compulsão e depois se arrepende? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não O quê?
Se você pudesse mudar alguma coisa em você, no seu modo de agir ou no seu comportamento atual, o que mudaria?
Tem algum hábito/vício? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Bebida <input type="checkbox"/> Outros:
Usa ou já experimentou drogas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Defina o que pensa sobre o que é a vida, em apenas uma frase:
Qual é a sua visão sobre a vida?

FICHA DE ANAMNESE

Considera que tem uma alimentação saudável? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Toma leite de vaca? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Diariamente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Come doces diariamente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Come muita carne? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tem hábito de comer fora dos horários das refeições? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Normalmente come ou bebe o que fora dos horários das refeições?	
Pratica atividade física? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual?	
Com que frequência?	
Em caso de Não, qual gostaria de praticar?	
Qual o nível do seu estresse? <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Baixo	
Tem o hábito de comer frutas, verduras e legumes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Pouco
Evacua todos os dias sem dificuldades? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Atualmente, está tomando alguma medicação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual?	
Já consultou algum psiquiatra ou psicólogo? Foi diagnosticado(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Que tratamentos de saúde já fez?	
<hr/>	
Já fez algum tratamento médico para emagrecer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<hr/>	
Já fez algum tipo de dieta ou regime? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual?	
Fisicamente, como se sente (alguma dor, alguma queixa)?	
<hr/>	
Tem feito exames de saúde ou laboratoriais? (trazer os últimos resultados na próxima sessão)	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Sente raiva de alguém? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Sente mágoa, ressentimento ou rancor de alguém? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

FICHA DE ANAMNESE

Em caso de Sim, de quem?
Tem acessos de raiva ou irritabilidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se considera vitorioso(a) ou derrotado(a) ? <input type="checkbox"/> Vitorioso(a) <input type="checkbox"/> Derrotado(a)
Quem deve ser punido por problemas que ocorrem com você (ou, quem é o culpado por seus problemas pessoais)?
Se preocupa com as coisas por antecipação (ansiedade)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Costuma se lembrar dos sonhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Já te passou na sua cabeça tirar a própria vida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se tivesse que imaginar agora um lugar de paz, o "seu lugar", qual seria ele?
Gosta de ser perfeito(a) em tudo que faz? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Foi superprotegido(a) na infância, ou é super-protetor(a) dos filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sente-se de alguma forma pressionado(a) na atualidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual o tipo físico (biótipo) dos seus parentes? <input type="checkbox"/> Gordos <input type="checkbox"/> Magros <input type="checkbox"/> Outros:
Você se acha uma pessoa controladora? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Fica em dúvida se a sua opinião está certa, não confiando nos seus próprios julgamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Anda melancólico(a) sem saber o porquê? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sente-se de alguma forma inferior aos outros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tem dificuldade de dizer não aos outros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vive de lembranças do passado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tem tido, ou teve na infância, ciúmes de amigos ou algum familiar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se Sim, de quem?
Dúvida da sua própria capacidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Exige demais das pessoas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dá muita importância ao que os outros pensam de você? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sente-se de alguma forma rejeitado (a) no meio social? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

FICHA DE ANAMNESE

Tem azia, queimação ou digestão lenta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Quantos copos de água bebe ao dia?
Já teve o que se chama de crise do pânico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Você é audacioso(a), corre atrás de suas metas, ou é auto-protetor(a), preferindo se poupar dos eventuais riscos? <input type="checkbox"/> Audacioso(a) <input type="checkbox"/> Auto-protetor(a)
Nos relacionamentos e na vida, você prefere ser: <input type="checkbox"/> Dominante <input type="checkbox"/> Submisso(a)

Qual seria seu peso ideal?
Em quanto tempo acredita que alcançará seu peso ideal?
Quero eliminar peso para me sentir : <input type="checkbox"/> Atraente <input type="checkbox"/> Saudável <input type="checkbox"/> Agradar alguém

Descreva seus hábitos alimentares:		
Café da manhã:	Almoço:	Jantar:

<p>Eu, _____</p> <p>abaixo assinado (a), declaro que são verdadeiras todas às informações acima. Fui orientado (a) que não devo interromper nenhum tratamento médico ou psicológico que eventualmente eu esteja fazendo sem que os respectivos médicos ou psicólogos que me atendem recomendem. Estou ciente de que o terapeuta responsável por este programa não é MÉDICO ou PSICÓLOGO, e que não possui formação na área das ciências convencionais. Neste ato declaro isentar de qualquer responsabilidade o terapeuta responsável pelo programa, em face de eventuais omissões de minha parte nas afirmações acima.</p> <p>DATA: ___/___/___</p> <p>_____ Assinatura do(a) participante do programa</p>
