**FORMULÁRIO DE TRIAGEM PSICOLÓGICA**

\*\*Data:\*\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\*\*Nome Completo:\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Data de Nascimento:\*\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \*\*Idade:\*\* \_\_\_\_\_\_\_

\*\*Gênero:\*\* ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro ☐ Prefiro não dizer

\*\*Estado Civil:\*\* ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)

\*\*Telefone:\*\* (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*\*E-mail:\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Endereço:\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Motivo da Triagem**

☐ Dificuldades emocionais  
☐ Problemas de relacionamento  
☐ Ansiedade/Estresse  
☐ Depressão  
☐ Problemas de sono  
☐ Dificuldades no trabalho/estudo  
☐ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Histórico de Saúde Mental**

• Já realizou acompanhamento psicológico antes? ☐ Sim ☐ Não

• Já foi diagnosticado com algum transtorno mental? ☐ Sim ☐ Não

- Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Faz uso de medicação psiquiátrica? ☐ Sim ☐ Não

- Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Algum histórico de hospitalização psiquiátrica? ☐ Sim ☐ Não

**3. Sintomas Atuais**

Com que frequência você experimenta os seguintes sintomas?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sintoma | Nunca | Raramente | Às vezes | Freqüentemente | Sempre |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Ansiedade excessiva | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tristeza persistente | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Dificuldade de concentração | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Insônia ou sono excessivo | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Irritabilidade ou explosões de raiva | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Pensamentos negativos recorrentes | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Perda de interesse em atividades | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mudanças bruscas de humor | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Pensamentos suicidas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Se respondeu 'Freqüentemente' ou 'Sempre' para pensamentos suicidas, procure ajuda imediata.

**4. Histórico Familiar**

• Há casos de transtornos mentais na família? ☐ Sim ☐ Não

- Se sim, qual (is)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

• Alguém na família já tentou suicídio? ☐ Sim ☐ Não

**5. Hábitos e Rotina**

• Pratica atividade física regularmente? ☐ Sim ☐ Não

• Faz uso de álcool? ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Frequentemente

• Faz uso de outras substâncias? ☐ Sim ☐ Não

- Se sim, quais? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Considerações Finais**

Gostaria de acrescentar alguma informação relevante?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Assinatura do Paciente:\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*Profissional Responsável:\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_