

# História Clínica Preliminar

(Fase 1)

NOME: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

Quais os temas que o(a) trazem à terapia?

---

---

---

Assinale, a seguir, os itens que se aplicam a você (presente e passado):

- |                                                                            |                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                                         | <input type="checkbox"/> Dores nos olhos / problemas visuais |
| <input type="checkbox"/> Danos Cerebrais                                   | <input type="checkbox"/> Dores de ouvido / perda de audição  |
| <input type="checkbox"/> Problemas Neurológicos                            | <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos                 |
| <input type="checkbox"/> Uso de Anfetaminas                                | <input type="checkbox"/> Uso de Cocaína                      |
| <input type="checkbox"/> Uso de Benzodiazepínicos (diazepan, valium, etc.) |                                                              |

Relacione os medicamentos que você está tomando atualmente:

---

---

---

Se você é mulher, você está grávida? Não \_\_\_ Sim \_\_\_  
Em caso afirmativo, quantos meses? \_\_\_\_\_

## Você tem história de:

- |                                                  |                 |
|--------------------------------------------------|-----------------|
| Tentativas de suicídio?                          | Não ___ Sim ___ |
| Pensamentos suicidas?                            | Não ___ Sim ___ |
| Automutilação (ferir-se propositalmente)?        | Não ___ Sim ___ |
| Anorexia ou bulimia?                             | Não ___ Sim ___ |
| Sonambulismo?                                    | Não ___ Sim ___ |
| Transtornos do sono? Insônia? Pesadelos?         | Não ___ Sim ___ |
| Dores de cabeça resistentes a tratamento?        | Não ___ Sim ___ |
| Pressão alta?                                    | Não ___ Sim ___ |
| Sobrepeso? Distúrbios de alimentação?            | Não ___ Sim ___ |
| Crise de pânico?                                 | Não ___ Sim ___ |
| Ansiedade excessiva?                             | Não ___ Sim ___ |
| “Nervoso”? “Ataques de fúria”?                   | Não ___ Sim ___ |
| Dificuldade para sair de casa?                   | Não ___ Sim ___ |
| Dificuldade em se relacionar com outras pessoas? | Não ___ Sim ___ |
| Se vê “diferente” no espelho?                    | Não ___ Sim ___ |
| Psicoterapias anteriores com poucos resultados?  | Não ___ Sim ___ |
| Sensação de não pertencer?                       | Não ___ Sim ___ |
| Ouve vozes ou diálogos dentro da cabeça?         | Não ___ Sim ___ |

Pensamentos persistentes/obsessivos, difíceis de se livrar? Não\_\_\_ Sim\_\_\_  
Você considera estar com boa saúde? Não\_\_\_ Sim\_\_\_  
Se não, que tipo de problemas de saúde você está enfrentando?

---

---

---

Como você costuma enfrentar situações difíceis ou de estresse?  
(estratégias que funcionam)

---

---

---

Quem são as pessoas que te dão apoio nos momentos difíceis?

---

---

---

Cite algumas das suas qualidades que ajudam a lidar com a vida

---

---

---