

Anamnese Neuropsicológica Adulto

Este questionário tem por finalidade pesquisar dados do seu desenvolvimento, histórico médico, desempenho acadêmico e profissional. As informações colhidas serão integradas aos resultados dos testes, objetivando levantar um melhor quadro de suas habilidades, bem como, identificar possíveis áreas com problemas.

Favor preenchê-lo da forma mais completa possível.

Nome: _____ Data: __/__/__

(Caso não seja o próprio paciente, nome da pessoa que completou este questionário e o grau de parentesco)

Tel.: _____ DN: __/__/__ Idade: _____ Sexo: _____

Endereço: _____

Cidade e Estado de nascimento: _____

Mão que usa para escrever:

() direita

() esquerda

Fala outro/s idioma/s:

() Sim

qual/is: _____

() Não

Diagnóstico/s médico:

Quem encaminhou para avaliação:

Data do acidente ou início da doença: ___/___/___

Você tem cuidador: () Sim - () Não / Caso positivo, grau de parentesco:

Quais as questões que você gostaria que fossem respondidas por esta Avaliação:

1 _____

2 _____

3 _____

FÍSICO:

Caso você tenha algum dos sintomas abaixo, favor marcar um "x", acrescentando qualquer comentário, quando for necessário: data do início

() Dor de cabeça _____ ___/___/___

() Tontura, vertigem _____ ___/___/___

() Náusea ou vômito _____ ___/___/___

() Cansaço excessivo _____ ___/___/___

() Incontinência urinária _____ ___/___/___

() Problemas de intestino _____ ___/___/___

() Problemas de equilíbrio _____ ___/___/___

() Dificuldades com controle motor fino _____ ___/___/___
(ex. cortas as unhas)

() Motor _____ / / _____
() pernas
() braços
() ambos

() Fraqueza _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Tremor _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Tiques ou movimentos estranhos _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Problemas de equilíbrio _____ / / _____

() Frequentemente bate nos objetos _____ / / _____

() Desmaios _____ / / _____

() Outros problemas motores _____ / / _____

SENSÓRIO:

() Perda da sensação/entorpecimento _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Formigamento/sensação estranha na pele _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Dificuldade de discriminar entre o frio e quente _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Dificuldade de visão _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Usa óculos _____ / / _____
() sim
() não

() Sensibilidade para luzes fortes _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Borrão/Nuvem na visão _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Vê coisas que não existem _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Breves momentos de cegueira _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Para enxergar, precisa fixar a visão ou aproximar o objeto _____ / / _____
() sim
() não

() Perda da audição _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Usa aparelho de audição _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Escuta sons estranhos _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Não percebe uma parte do corpo _____ / / _____
() lado esquerdo
() lado direito
() ambos

() Problemas de paladar _____ / / _____
() sim
() não

() Aumento/Diminuição do olfato _____ / / _____
() sim
() não

() Aumento/diminuição da sensibilidade _____ / / _____
() sim
() não

() Dores _____ / / _____
() sim
() não

() Outros problemas sensoriais: _____ / / _____
() sim
() não

COGNIÇÃO:

Dificuldade de entender como fazer novas coisas

() sim _____ / / _____
() não

Dificuldade em resolver problemas comuns

() sim _____ / / _____
() não

Dificuldade de planejar

() sim _____ / / _____
() não

Dificuldade de mudar um plano ou atividade quando necessário

() sim _____ / / _____
() não

Dificuldade em pensar rápido quando necessário

() sim _____ / / _____
() não

Dificuldade em completar uma atividade em tempo razoável

() sim _____ / / _____
() não

Dificuldade em fazer as coisas numa sequência lógica

() sim _____ / / _____
() não

Obs.:

LINGUAGEM E HABILIDADES MATEMÁTICAS:

Dificuldade em encontrar as palavras certas

() sim _____ / / _____

() não

Dificuldade em se fazer entender

() sim _____ / / _____

() não

Emite sons estranhos ou incomuns

() sim _____ / / _____

() não

Dificuldade para expressar pensamentos

() sim _____ / / _____

() não

Dificuldade em entender o que os outros dizem

() sim _____ / / _____

() não

Dificuldade em entender o que lê

() sim _____ / / _____

() não

Dificuldade para escrever palavras (não por problemas motores)

() sim _____ / / _____

() não

Dificuldade com matemática (controlar talão de cheques, fazer trocos)

() sim _____ / / _____

() não

Outros problemas na linguagem ou operação matemática

() sim _____ / / _____

() não

HABILIDADES NÃO-VERBAIS:

Dificuldade em informar qual é o lado direito/esquerdo

() sim _____ / / _____

() não

Dificuldade para desenhar ou copiar

() sim _____ / / _____

() não

Dificuldade em se vestir (não por problemas motores)

() sim _____ / / _____

() não

Dificuldade em fazer coisas que automaticamente antes era capaz (ex., escovar os dentes)

() sim _____ / / _____

() não

Dificuldade para fazer trajetos que antes eram familiares

() sim _____ / / _____

() não

Dificuldade em reconhecer objetos ou pessoas

() sim _____ / / _____

() não

Sensação de que parte de seu corpo não te pertence

() sim _____ / / _____

() não

Minhas habilidades musicais estão declinando

() sim _____ / / _____

() não

Sem noção de tempo (dia, semana, ano)

() sim _____ / / _____

() não

Diminuição do tempo de reação (lentidão)

() sim _____ / / _____

() não

Outros problemas não verbais

() sim _____ / / _____

() não

CONSCIÊNCIA E CONCENTRAÇÃO:

Muito distraído

() sim _____ / / _____

() não

Perco facilmente o encadeamento de meus pensamentos

() sim _____ / / _____

() não

Freqüentemente dá um branco na minha mente

() sim _____ / / _____

() não

Dificuldade em fazer mais de uma coisa ao mesmo tempo

() sim _____ / / _____

() não

Sinto-me facilmente confuso e desorientado

() sim _____ / / _____

() não

Costumo ter sentimentos estranhos (aura)

() sim _____ / / _____

() não

Não me sinto muito alerta e consciente das coisas

() sim _____ / / _____

() não

As tarefas do dia-a-dia têm requerido mais esforço ou atenção

() sim _____ / / _____

() não

MEMÓRIA:

Esqueço facilmente onde deixo as coisas (chaves, óculos...etc)

() sim _____ / / _____

() não

Esqueço facilmente recados que tenho que dar

() sim _____ / / _____

() não

Esqueço os nomes das pessoas facilmente

() sim _____ / / _____
() não

Esqueço o que estava fazendo

() sim _____ / / _____
() não

Esqueço onde estou ou onde estou indo

() sim _____ / / _____
() não

Esqueço acontecimentos recentes (ex. o que almocei)

() sim _____ / / _____
() não

Esqueço compromissos

() sim _____ / / _____
() não

Esqueço fatos que aconteceram longo tempo atrás

() sim _____ / / _____
() não

Tenho mais segurança quando peço que me lembrem de fazer as coisas

() sim _____ / / _____
() não

Tenho mais segurança quando anoto para lembrar-me das coisas

() sim _____ / / _____
() não

Esqueço a ordem dos eventos

() sim _____ _/ _/ _

() não

Esqueço fatos, mas posso lembrar-me como fazer as coisas

() sim _____ _/ _/ _

() não

Esqueço as faces das pessoas que eu conheço (quando não presentes)

() sim _____ _/ _/ _

() não

Outros problemas de memória:

HUMOR/ COMPORTAMENTO/ PERSONALIDADE:

Tristeza ou depressão

() suave

() moderada Início ___/___/___

() severa

Ansiedade ou nervosismo

() suave

() moderado Início ___/___/___

() severo

Estresse

() suave

() moderado Início ___/___/____

() severo

Problemas de sono

() no início Início ___/___/____

() manter-se dormindo

Pesadelos diários/semanais

() Sim Início ___/___/____

() Não

Torno-me raivoso facilmente

() Sim Início ___/___/____

() Não

Às vezes me sinto eufórico (**dono do mundo**)

() Sim Início ___/___/____

() Não

Muito emotivo (**ex. choro facilmente**)

() Sim Início ___/___/____

() Não

Sinto-me como se não me preocupasse com mais ninguém

() Sim Início ___/___/____

() Não

Frustro-me facilmente

() Sim Início ___/___/____

() Não

Faço as coisas automaticamente (sem consciência)

() Sim Início ___/___/____

() Não

Sinto-me menos inibido (faço coisas que nunca faria antes)

() Sim Início ___/___/____

() Não

Dificuldade em ser espontâneo

() Sim Início ___/___/____

() Não

Mudança de energia (perda ou aumento)

() Sim Início ___/___/____

() Não

Mudança do apetite (perda ou aumento)

() Sim Início ___/___/____

() Não

Peso (perda ou aumento)

() Sim Início ___/___/____

() Não

Mudança no interesse sexual (aumento - declínio)

() Sim Início ___/___/____

() Não

Perda de interesse em atividades prazerosas

() Sim Início ___/___/____

() Não

Aumento da irritabilidade

() Sim Início ___/___/_____

() Não

Aumento na agressividade

() Sim Início ___/___/_____

() Não

Outras mudanças no humor ou na personalidade ou na forma como você lida com as pessoas:

As pessoas têm feito comentários acerca de alterações em seus pensamentos, personalidade ou humor:

() Sim Início ___/___/_____

() Não

Caso positivo, o que eles lhe dizem:

Você está enfrentando algum problema referente às seguintes situações?

Se positivo, tente sintetizar e quando começou:

Marital/Familiar

Financeiro/legal

Dirigir automóvel

Em geral, meus sintomas estão aumentando:

- lentamente
- rapidamente

Meus sintomas ocorrem :

- ocasionalmente
- sempre

Nos últimos seis meses meus sintomas têm:

- estado na mesma
- aumentaram
- pioraram

Existe alguma coisa que você possa fazer (ou alguém) para que o problema atual seja resolvido, se torne menos intenso, menos frequente ou diminua?

O que faz o seu problema parecer pior?

Quais são suas metas e objetivos para o futuro?

HISTÓRICO INFANTIL

Você nasceu no:

- tempo
- prematuro
- atrasado

Seu peso no nascimento foi de: _____

Houve algum problema no seu parto?

(Falta de oxigênio, má posição no útero, etc... ou após o nascimento precisou de oxigênio, teve convulsões, alguma doença, etc?)

Sim descreva: _____

Não

Cheque tudo o que se ajusta à sua mãe enquanto ela esteve grávida de você:

- Acidente
- Uso de álcool
- Uso de cigarro
- Uso de drogas (maconha, cocaína, LSD, etc)
- Doenças (toxemia, diabetes, pressão alta, infecções...etc)
- Nutrição fraca

- Problemas psiquiátricos/psicológicos
- Medicções (tomadas na gravidez): _____
- Outros problemas: _____

Como foi seu processo de crescimento:

Andar

- cedo
- na média
- tarde

Falar

- cedo
- na média
- tarde

Toalete

- cedo
- na média
- tarde

Desenvolvimento global

- cedo
- na média
- tarde

Na sua infância você apresentou algum dos problemas abaixo:

- Problemas de atenção
- Dificuldade de aprendizagem
- Desajeitado
- Problemas de fala
- Desenvolvimento retardado
- Problemas de audição
- Hiperatividade
- Frequentes infecções no ouvido
- Fraqueza muscular
- Problemas visuais

HISTÓRICO MÉDICO:

Assinale se você teve os problemas médicos abaixo discriminados antes da instalação do quadro atual. Quando positivo, informe data início e uma breve descrição:

() Problemas na cabeça

_____ / / _____

() Perda da consciência

_____ / / _____

() Acidentes automobilísticos

_____ / / _____

() Quedas altas, acidentes esportivos, ferimentos no trabalho

_____ / / _____

() Ataque epilético

_____ / / _____

() AVC

_____ / / _____

() Já estive em coma e por quanto tempo?

_____ / / _____

() Arteriosclerose

_____ / / _____

() Demência

_____ / / _____

() Outras desordens ou infecções cerebrais

(meningite, encefalite, falta de oxigênio, etc)

_____ / / _____

() Diabetes

_____ / / _____

() Doenças do coração

_____ / / _____

() Câncer

_____ / / _____

() Ferimento nas costas ou pescoço

_____ / / _____

() Doenças sérias

(desordem imunológica, paralisia cerebral, pólio, pulmão, etc

_____ / / _____

() Envenenamento

_____ / / _____

() Exposição tóxica (ex. solventes, substâncias químicas)

_____ / / _____

() Cirurgias

_____ / / _____

() Problemas psiquiátricos

_____ / / _____

() Outro (_____)

_____ / / _____

Você está tomando algum medicamento? () Sim () Não

Nome / motivo / dosagem / início tratamento

Você está atualmente em psicoterapia ou tratamento psiquiátrico?

() Sim Início ___/___/____

() Não

Nome do Profissional e Contato (whatsapp)

Favor listar hospitalizações, com o nome da instituição, data, duração e motivo

HISTÓRICO ÁLCOOL E DROGAS:

Comecei a beber na idade de:

() menos de dez anos

() entre 10-15 anos

() entre 16-19 anos

() entre 20-21

() acima de 21

() não consumo álcool

Caso consuma álcool, qual a frequência

() Raramente/nunca

() 1 a 2 vezes por semana

() 3 a 5 vezes por semana

() diariamente

A última vez que bebi:

menos de 24h

2 dias atrás

mais de 2 dias

Eu bebia álcool, mas parei (dei um tempo) Início ___/___/____

Bebidas consumidas:

Sinalize o que mais se aplica a você:

Eu consigo beber mais do que a maioria das pessoas que têm a minha altura e idade, sem ficar bêbado

Às vezes eu enfrento problemas (brigas com a justiça, no trabalho, conflitos com a família, acidentes, etc) depois que bebo

(especifique): _____

Costumo ter blackout (apagão) quando bebo

Sinalize as drogas que você usa ou tenha usado no passado:

Anfetamina (incluindo pílulas para dieta)

Barbitúricos

Cocaína

Craque

Alucinógenos (LSD, ácido, etc)

Inalantes (cola, anestésico, etc)

Maconha / Haxixe

Ópios (heroína, morfina, etc)

PCB (cheirinho da loló)

Outros _____

Você se considera dependente de alguma das drogas acima citadas?

() Sim - Qual _____

() Não

Você se acha dependente de alguma droga lícita?

() Sim - Qual _____

() Não

Você está em tratamento antidrogas?

() Sim

() Não

O uso de drogas tem afetado seu desempenho no trabalho?

() Sim

() Não

O uso de drogas ou álcool tem afetado sua habilidade para dirigir?

() Sim

() Não

Você fuma?

() Sim - Quantos maços / dia _____

() Não

Você toma café?

() Sim - Quantas xícaras / dia _____

() Não

HISTÓRICO FAMILIAR:

Assinale o que se aplica à sua família:

Sua mãe é viva?

() Sim

() Não - Causa e quando ocorreu _____ _/ _/ _

Nível de escolaridade e profissão da mãe: _____

Sua mãe teve problemas ou suspeita de dificuldade de aprendizagem?

() Sim Descrever: _____

() Não

Seu pai é vivo?

() Sim

() Não Causa e quando ocorreu _____ _/ _/ _

Nível de escolaridade e profissão da pai: _____

Seu pai teve problemas ou suspeita de dificuldade de aprendizagem?

() Sim Descrever: _____

() Não

Quantos irmãos e irmãs você tem e suas idades:

Eles têm/tiveram algum problema (físico, escolar, psicológico)?

() Sim Descrever: _____

() Não

Assinale possíveis problemas que seus pais, irmãos, irmãs, avós, tios e tias tiveram

Especifique quem e descreva o problema onde está indicado: Quem? Descreva:

Doenças neurológicas

Alzheimer ou Doença Senil

Doenças de Huntington

Esclerose múltipla

Doença de Parkinson

Epilepsia

Outras doenças neurológicas

Doenças Psiquiátricas

Depressão

Bipolar

Esquizofrenia

Retardo Mental/ Deficiência Intelectual

Desordens fala ou linguagem

Problemas de aprendizagem

Problemas de atenção

Problemas de comportamento

Outro problema ou desordem grave

HISTÓRICO PESSOAL:

História conjugal

Estado Civil:

- | | |
|-------------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Solteiro | Qto tempo _____ |
| <input type="checkbox"/> Amasiado | Qto tempo _____ |
| <input type="checkbox"/> Separado | Qto tempo _____ |
| <input type="checkbox"/> Casado | Qto tempo _____ |
| <input type="checkbox"/> Divorciado | Qto tempo _____ |
| <input type="checkbox"/> Viúvo | Qto tempo _____ |

Ocupação da esposa/marido: _____

Teve casamentos anteriores

() Sim Quantos _____ Quanto tempo _____

() Não

Saúde da esposa/marido:

() Excelente

() Boa

() Frágil

Quantos filhos (incluindo enteados), sexo e idade:

Quem vive atualmente na sua casa? _____

Alguém da família tem algum problema de saúde significativo ou necessidade especial?

HISTÓRICO ESCOLAR:

Nomes das escolas

Escola Primária

Colégio

Universidade

Quantos e quais anos você repetiu e a razão?

Você tinha algum problema para aprender a ler, escrever ou de matemática?

Você frequentou classes especiais?

() Sim Qual ano? _____ Que tipo de classe? _____

() Não

No geral, como você avalia sua performance como estudante?

() entre A & B

() entre B & C

() entre C & D

() entre D & E

Você serviu o exército?

() Não

() Sim Quanto tempo? _____ Concluiu? () Sim () Não Patente _____

Teve problemas? Se positivo descrever o ocorrido _____

Você sofreu algum dano por ter sido exposto a qualquer substância tóxica perigosa no exército casa ou no trabalho?

() Sim Descrever: _____

() Não

Atualmente você trabalha?

() Sim

() Não Quando parou: _____

Ocupação atual:

Nome da Empresa e Ramo de Atuação;

Responsabilidades:

Data ingresso: ___/___/_____

Você está vivenciando algum problema no trabalho?

Sim Descrever: _____

Não

Você se sente estável no trabalho atual?

Sim

Não

Sua renda diminuiu por conta da doença?

Sim

Não

Empregos anteriores

Empresa/ Cargo/ período/ motivo da saída

Você se sente em condições de fazer essas atividades?

Sim

Não Descrever: _____

Exames recentes:

Assinale os testes que você fez recentemente

Angiografia

normal

anormal

Exame de sangue

normal

anormal

CT Scan

normal

anormal

MRI

normal

anormal

PET scan

normal

anormal

SPECT

normal

anormal

Radiografia do crânio

normal

anormal

EEG

normal

anormal

Exame neurológico

normal

anormal

Outros:

Quais são as especialidade dos médicos que te tratam no momento:

Data da último teste de visão: ___/___/___

Data do último teste auditivo: ___/___/___

Você já fez um exame psicológico ou neuropsicológico anteriormente?

() Sim

() Não

Caso positivo, informe os dados abaixo:

Nome do psicólogo _____

Data: ___/___/___

Razão da avaliação : _____
