

Olhamos por si!

Oficina de Psicologia

Anamnese de Pânico



Se sofre de perturbação de pânico, é útil preencher este histórico individual e trazê-lo consigo para a primeira consulta na Oficina de Psicologia.

Oficina de Psicologia
www.oficinadepsicologia.com
contacto@oficinadepsicologia.com
926 68 41 62

ANAMNESE DE PÂNICO

Nome:	
Idade:	Data:
Duração da perturbação de pânico (anos):	Telemóvel:
Estado civil:	Profissão:
Habilitações:	Idade de filhos:

Frequência estimada dos ataques de pânico no último mês:	
Duração estimada de um ataque de pânico no último mês (em minutos)	
De 0 (nada) a 10(máximo), qual a intensidade de perturbação/desgaste que sente actualmente com esta situação?	
De 0 (nada) a 10(máximo), qual o nível de controlo pessoal que sente actualmente face a esta situação?	
De 0% a 100%, qual acha ser a probabilidade de ter um ataque de pânico no próximo mês?	

CRITÉRIOS DA PERTURBAÇÃO DO PÂNICO

Assinale com uma cruz as situações que se aplicam, no caso de já ter tido ataques de pânico recorrentes e inesperados:

- Assinale os sintomas específicos que costumam caracterizar os ataques de pânico que já sofreu:
 - Palpitações cardíacas, batimentos cardíacos fortes ou coração acelerado
 - Suores
 - Tremores
 - Dificuldade em respirar
 - Sensação de sufoco
 - Dor no peito ou desconforto nessa zona
 - Náuseas ou perturbações gastrointestinais
 - Tonturas, sensação de estar zozno ou instável, sensação de desmaio
 - Desrealização (sensação de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar separado de si próprio)
 - Medo de perder o controlo ou enlouquecer
 - Medo de morrer
 - Parestesias (sensação de formigueiro ou dormência)
 - Arrepios ou calor súbito ou suores frios
 - Outros – descreva quais:

Pelo menos um desses ataques de pânico foi seguido por um período mínimo de 1 mês em que se manifestou uma ou mais das seguintes situações (em caso afirmativo, assinale qual ou quais):

- Preocupação persistente com a possibilidade de ter novo ataque
- Preocupação relativamente às implicações ou consequências do(s) ataque(s) de pânico (exemplo: perda de controlo, ter um ataque cardíaco, enlouquecer)
- Uma modificação significativa no seu comportamento relacionado com os ataques de pânico

PRESENÇA DE AGORAFOBIA

Assinale com uma cruz as situações que se aplicam no seu caso:

- Ansiedade relativamente a estar em situações das quais resulte difícil ou embaraçoso sair, ou nas quais possa não existir possibilidade de ajuda, no caso de ter um ataque de pânico ou de se sentir mal
- Evitamento ou limitação destas situações, **ou** presença de ansiedade elevada e/ou medo de ter um ataque de pânico quando se encontra nelas, **ou** confronto com estas situações apenas com a presença de alguém
- Assinale as situações que evita, ou em que sente algumas limitações/restrições, ou nas quais requer companhia
 - Estar em casa sozinho(a)
 - Estar fora de casa (ou de outro local que considere “seguro”)
 - Pontes ou viadutos
 - Auto-estradas ou vias rápidas
 - Locais de espectáculos (cinema, teatro, música)
 - Restaurantes (especialmente com muita gente)
 - Transportes públicos (autocarro, metro, comboio, barco)

- Aviões
- Viajar para longe de casa (independentemente do meio de transporte)
- Salas de aulas ou de reuniões
- Conduzir sozinho(a) ou acompanhado(a)
- Centros comerciais ou outros locais comerciais com muitas pessoas
- Outras. Descreva quais:

HISTÓRICO DO PÂNICO

Dias ou períodos do dia com mais sintomas de ansiedade/pânico (ou outro padrão que consiga identificar)

1º ataque de pânico	
Idade em que ocorreu:	
Local:	
Presença de outras pessoas:	
Descreva brevemente a situação:	
Sintomas físicos:	
O que pensou que estava a acontecer?	
Qual foi a sua reacção? E a reacção de outras pessoas?	

<i>Ataque de pânico mais traumático</i>	
Idade em que ocorreu:	
Local:	
Presença de outras pessoas:	
Descreva brevemente a situação:	
Sintomas físicos:	
O que pensou que estava a acontecer?	
Qual foi a sua reacção? E a reacção de outras pessoas?	

<i>Ataque de pânico mais recente</i>	
Há quanto tempo:	
Local:	
Presença de outras pessoas:	
Descreva brevemente a situação:	
Sintomas físicos:	
O que pensou que estava a acontecer?	
Qual foi a sua reacção? E a reacção de outras pessoas?	

HISTÓRICO MÉDICO/PSICOLÓGICO

<i>Medicação psiquiátrica actual (anti-depressivos, ansiolíticos, etc)</i>			
Nome	Dosagem	Tomas diárias	Duração

No caso de estar a tomar medicação, assinale se tem acompanhamento médico:

Acompanhamento médico:

Psiquiatra – nome:

Outra especialidade médica – nome e especialidade:

Acompanhamento psicológico prévio:

Psicólogo A:

Idade do início do acompanhamento:

Motivo:

Duração (em número de sessões, ou duração em meses referindo a periodicidade):

Resultados:

Motivos do término do acompanhamento:

Psicólogo B:

Idade do início do acompanhamento:

Motivo:

Duração (em número de sessões, ou duração em meses referindo a periodicidade):

Resultados:

Motivos do término do acompanhamento:

Psicólogo C:

Idade do início do acompanhamento:

Motivo:

Duração (em número de sessões, ou duração em meses referindo a periodicidade):

Resultados:

Motivos do término do acompanhamento:

<i>Historial médico</i>	
Doenças actuais:	
Principais doenças passadas e idade:	
Operações, anestésias gerais, internamentos hospitalares e respectivas idades:	
Data do último check-up médico:	
Opiniões médicas relativas às situações de pânico:	

Quaisquer outras intervenções que tenha utilizado como tentativa de ultrapassar/ melhorar esta sua situação de pânico (ex: Reiki, ioga, acunpuntura, homeopatia, etc):

<i>Outras intervenções</i>			
Intervenção	Ano e duração	Resultados	Avaliação (0-10)

IMPACTO E EXPECTATIVAS

Interferência na vida quotidiana (descreva brevemente como a sua vida pessoal e profissional é afectada com esta perturbação):

Principais pontos de preocupação com a perturbação de pânico que o(a) têm afectado:

Principais pontos de preocupação com esta intervenção psicoterapêutica:

Como a sua vida será diferente quando ficar resolvida esta perturbação:

CONTEXTO PESSOAL

Vícios actuais (tabaco, cafeína, chocolates/doces, drogas, etc) – anote, igualmente, uma estimativa de quantidades/frequência:

Nutrição

De 0 (péssima) a 10 (óptima), até que ponto se sente satisfeito(a) com a sua nutrição, quer do ponto de vista da qualidade, quer da quantidade ingerida?

--

Tem acompanhamento de nutricionista?

--

Tem, ou teve, alguma desordem alimentar?

--

Alterações de peso

Teve alterações significativas (variações superiores a 10% do peso) ao longo da vida? Se sim, anote:

Idade:
Aumento ou diminuição?
Na última alteração de peso que registou, quanto perdeu/ganhou e em quanto tempo? (Anote + ou - para ganho ou perda, o valor em kg e o tempo em semanas)
Qual o seu peso actual e altura?

Perturbações no **padrão de sono**

No último mês, registou mais de 3 noites em que:

- Demorou 1 hora ou mais para adormecer?
- Acordou uma ou mais vezes a meio da noite?
- Acordou 1 hora ou mais antes do programado?
- Teve pesadelos que o(a) deixaram significativamente incomodado(a)?

Outros

De 0 (péssimo) a 10 (excelente), como estima que tem sido, ao longo do último mês:

- Capacidade de atenção e concentração?
- Memória?
- Clareza de raciocínio?
- Fadiga, não susceptível de ser explicada apenas pela volumetria de trabalho?

Exercício físico

Refira o exercício físico que faz e a frequência média semanal

Passatempos/interesses

Refira quais e o número de horas mensais, em média, consumido em cada um:

Círculo de amigos/família/suporte emocional

Refira como sente o apoio emocional por parte da sua estrutura social e familiar:

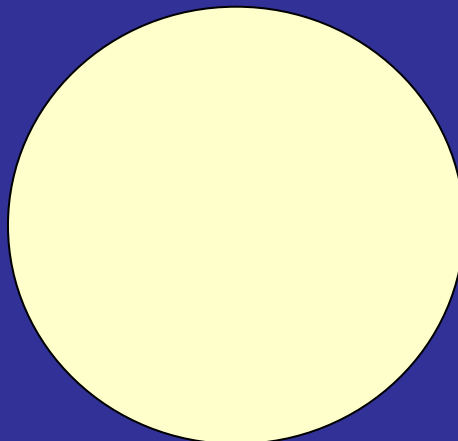
Satisfação profissional

Independentemente de questões financeiras, refira até que ponto se sente realizado(a) com o seu trabalho actual e avalie, numa escala de 0 (nada realizado(a)) a 10 (totalmente realizado(a)); indique, ainda, até que ponto sente que tem controlo sobre as suas condições profissionais:

Realização profissional:
Controlo sobre as condições:

Ocupação de tempo

Utilize o círculo para demarcar “fatias” que permitam ver a sua estimativa de ocupação relativa de tempo, ao longo de 1 mês. Utilize as seguintes categorias (se alguma não se aplicar, não a represente no círculo; de igual modo, se existir alguma área adicional representativa na sua ocupação de tempo, inclua-a): trabalho, sono, actividades de prazer (hobbies e actividades cuja única finalidade é o prazer pessoal na sua execução), estudo, utilitários (banho, deslocações, refeições, limpeza da casa, etc), actividades de crescimento pessoal (actividades de estudo extra percurso académico, espirituais ou de enriquecimento pessoal), actividades de relação familiar, actividades sociais.



[Olhamos por si!]

[www.oficinadepsicologia.com]

Observações/Comentários/Informações adicionais
