

**SERVIÇO DE ATENÇÃO  
AOS OSTOMIZADOS**

GOVERNO DO ESTADO  
DO ESPÍRITO SANTO  
Secretaria da Saúde



**FORMULÁRIO 9 - ANAMNESE PSICOLÓGICA CRIANÇA**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Data nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Escolaridade: \_\_\_\_\_  
Problemas nessa área: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
Formação: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Nome do pai: \_\_\_\_\_  
Formação: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Religião: \_\_\_\_\_ Estado civil dos pais: \_\_\_\_\_  
Obs.: \_\_\_\_\_  
A criança reside com: \_\_\_\_\_  
Tipo de ostomia: ( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( ) Urostomia ( ) Fístula  
Classificação da permanência: ( ) Definitivo ( ) Temporário Prazo: \_\_\_\_\_

**2. CONCEPÇÃO**

Gravidez planejada? ( ) Sim ( ) Não Qual foi a reação à notícia da gravidez? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Idade dos pais na concepção: Mãe \_\_\_\_\_ Pai \_\_\_\_\_ Outras gestações: ( ) Não ( ) Sim Quantas: \_\_\_\_\_  
Irmãos (nome e idade): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Abortos: ( ) Não ( ) Sim ( ) Espontâneos ( ) Provocados Quantos? \_\_\_\_\_  
Obs.: \_\_\_\_\_

**3. GESTAÇÃO**

Os pais possuíam quanto tempo de união? \_\_\_\_\_  
Pré-natal: ( ) Não ( ) Sim A partir de que mês? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_  
Gravidez de risco? ( ) Não ( ) Sim Porque? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Condições físicas durante a gestação (inchaço, vômitos...) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Condições psicológicas (ansiedade, depressão...) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. PARTO**

Tipo: ( ) Cesárea ( ) Normal Idade gestacional: \_\_\_\_\_ Altura/peso: \_\_\_\_\_  
Complicações: \_\_\_\_\_  
Incubadora: ( ) Não ( ) Sim Quantos dias na UTIN? \_\_\_\_\_

**5. PÓS-PARTO / PRIMEIROS MESES**

Mamou no seio: ( ) Não ( ) Sim Quanto tempo? \_\_\_\_\_ Usou mamadeira ( ) Não ( ) Sim  
Quanto tempo? \_\_\_\_\_ Problemas alimentares? \_\_\_\_\_  
Sono agitado: ( ) Não ( ) Sim Obs.: \_\_\_\_\_  
Dorme: ( ) Sozinho ( ) Com os pais Desde quando? \_\_\_\_\_  
Internações: ( ) Não ( ) Sim Motivo: \_\_\_\_\_

**6. DESENVOLVIMENTO MOTOR**

Idade que engatinhou: \_\_\_\_\_ Andou: \_\_\_\_\_  
Problemas nessa área: \_\_\_\_\_



FORMULÁRIO 9 - ANAMNESE PSICOLÓGICA CRIANÇA

**7. LINGUAGEM**

Idade que falou: \_\_\_\_\_ Problemas nessa área \_\_\_\_\_

**8. INTERAÇÃO SOCIAL**

Como é a interação com os pais: \_\_\_\_\_

Como é a interação com os irmãos e familiares: \_\_\_\_\_

Atitude diante de estranhos: \_\_\_\_\_

**9. HÁBITOS DE LAZER**

Costuma passear? \_\_\_\_\_

Há demonstrações de afeto? ( ) Não ( ) Sim Quais? \_\_\_\_\_

De que brincadeiras gosta? \_\_\_\_\_

Manias? \_\_\_\_\_

**10. HISTÓRICO DO ADOECIMENTO**

História da ostomia: (relato do processo de adoecimento, diagnóstico e cirurgias) \_\_\_\_\_

Como foi passado o diagnóstico: ( ) Gradualmente ( ) Abruptamente

Entendimento do diagnóstico: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Não compreende

Nível de informação sobre o tratamento: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Não compreende

Conhecimento prévio da ostomia: ( ) Não ( ) Sim Obs.: \_\_\_\_\_

Vida familiar antes da ostomia: \_\_\_\_\_

Vida familiar após a ostomia: \_\_\_\_\_

Mudança mais marcante a partir da ostomia: \_\_\_\_\_

Postura familiar frente ao tratamento: ( ) Negação/isolamento ( ) Raiva ( ) Barganha ( ) Depressão ( ) Aceitação  
( ) Ganho secundário ( ) Outra \_\_\_\_\_

Atribui a doença a algum fato? \_\_\_\_\_

**11. SENTIMENTOS FAMILIARES MANIFESTOS**

( ) Medo ( ) Raiva ( ) Revolta ( ) Tristeza ( ) Culpa/castigo ( ) Ansiedade ( ) Solidão/isolamento  
( ) Angústia ( ) Impotência ( ) Alívio ( ) Indiferença ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Expectativa diante do tratamento? ( ) Cura ( ) Melhora ( ) Piora ( ) Morte ( ) Indiferença ( ) Outra: \_\_\_\_\_

**12. RELATO DA ENTREVISTA E OBSERVAÇÕES**

Data da avaliação \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Psicólogo responsável: \_\_\_\_\_