

**SERVIÇO DE ATENÇÃO
AOS OSTOMIZADOS**

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



FORMULÁRIO 8 - ANAMNESE PSICOLÓGICA ADULTO

1. IDENTIFICAÇÃO

Prontuário: _____

Nome completo: _____ Idade: _____

Data nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F Grau de instrução: _____

Profissão: _____ () Trabalho parcial () Trabalho integral () Não trabalha

() Afastado () Aposentado Estado civil: _____ Religião: _____

Reside com: _____

Contatos: _____

Tipo de ostomia: () Colostomia () Ileostomia () Urostomia () Fístula

Classificação da permanência: () Definitivo () Temporário Prazo: _____

2. 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

Conhecimento prévio de ostomias: () Sim () Não Obs.: _____

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

História patológica pregressa: (doenças anteriores à ostomia, acidentes, traumatismos, etc. quando iniciaram e duração destes)

Internação anterior: () Não () Sim Por qual motivo? _____

Tratamento anterior? () Não () Sim Qual? _____

Cirurgia anterior: () Não () Sim Qual? _____

3. ENFRENTAMENTO

Como você se descreve antes da ostomia? _____

Relato de um dia antes da confecção do ostoma: _____

Como você se descreve atualmente? _____

Mudanças mais marcantes a partir da confecção do ostoma? _____

Postura frente ao tratamento: () Negação/isolamento () Raiva () Barganha () Depressão () Aceitação

() Ganho secundário () Outra: _____

Atribui a doença a algum fato de sua vida? _____



FORMULÁRIO 8 - ANAMNESE PSICOLÓGICA ADULTO

4. HISTÓRICO

História pessoal: (nascimento, desenvolvimento, escolarização, puberdade, história sexual, trabalho, hábitos, sintoma neurótico, lembrança significativa) _____

História familiar: (pais, irmãos, cônjuge, lar, filhos, apoio familiar, etc) _____

Relacionamento familiar antes e após a confecção do ostoma: _____

Apresenta dificuldades no relacionamento familiar relacionadas à ostomia? () Não () Sim Qual? _____

5. PSÍQUICO

Sentimentos 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: _____

Atendimento psicológico ou psiquiátrico anterior: () Não () Sim Motivo: _____

Uso de psicotrópicos: () Não () Sim Motivo: _____

6. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Postura durante a entrevista: () Introvertido () Extrovertido () Acentuado () Compensado

Necessita de acompanhamento psicológico: () Não () Sim

Data da avaliação _____/_____/_____ Psicólogo responsável: _____