

PORTAL NEUROSTIM

www.portalneurostim.com.br

ANAMNESE CLÍNICA*Adulto com Suspeita de TDAH*

Profissional:	Data:	Nº de sessão / Atend.:

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:				
Data de nascimento:		Idade:	Sexo:	
Escolaridade:		Profissão / Ocupação:		
Estado civil:		Encaminhado por:		

2. QUEIXA PRINCIPAL

Descrição da queixa com as próprias palavras do paciente:

Há quanto tempo percebe essas dificuldades?	Presente na infância também?

O que motivou buscar avaliação agora?

 Demanda profissional
 Dificuldades relacionais
 Crise atual
 Sugestão de terceiros
 Outro

3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL POR DOMÍNIO

ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO

Sintoma	Nunca	Às vezes	Sempre
Dificuldade de manter foco em tarefas longas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distração frequente por estímulos externos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdas frequentes de objetos/pertences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade de seguir instruções longas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensação de mente "acelerada" ou "vazia"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO

Sintoma	Nunca	Às vezes	Sempre
Dificuldade para iniciar tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procrastinação recorrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade para gerenciar tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquece compromissos mesmo com agenda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Projetos iniciados e não concluídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IMPULSIVIDADE

Sintoma	Nunca	Às vezes	Sempre
Interrompe conversas ou frases alheias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age antes de pensar / arrependimento frequente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificuldade para esperar (filas, situações sociais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decisões impulsivas (compras, mudanças de planos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reatividade emocional intensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HIPERATIVIDADE / INQUIETUDE

Sintoma	Nunca	Às vezes	Sempre
---------	-------	----------	--------

Dificuldade para ficar sentado por longo período	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensação interna de agitação / irrequietude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Necessidade de estar sempre ocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fala excessiva em situações sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. HISTÓRICO ESCOLAR RETROSPECTIVO

Na infância/adolescência:

Dificuldade de concentração na escola Notas abaixo do potencial percebido Reprovações
 Conflitos com professores Comportamento irrequieto relatado

Descrição do desempenho escolar na infância:

Diagnóstico de TDAH já recebido anteriormente:

Não Sim – na infância Sim – na vida adulta Investigado, mas sem conclusão

5. COMORBIDADES E HISTÓRIA DE SAÚDE MENTAL

Condições associadas (marcar):

Ansiedade Depressão Transtorno do sono Abuso de substâncias Dislexia
 TEA Transtorno bipolar

Tratamentos psicológicos ou psiquiátricos prévios ou atuais:

Medicamentos em uso atualmente:		Prescrito por:	

História familiar de TDAH ou transtornos relacionados:

Não Sim (grau de parentesco): Desconhece

6. CONTEXTO FUNCIONAL ATUAL

Situação profissional e principais dificuldades no trabalho/estudo:

Impacto nos relacionamentos (familiares, românticos, sociais):

--

Impacto financeiro / gestão de recursos:

--

Já se envolveu em acidentes ou situações de risco por desatenção?

Não Raramente Com alguma frequência

7. IMPRESSÃO CLÍNICA INICIAL

AVISO: Campo de uso exclusivo do profissional. Não mostrar ao paciente.

Hipóteses iniciais:

TDAH – Apresentação desatenta TDAH – Apresentação combinada TDAH – Apresentação hiperativa/impulsiva Quadro ansioso/depressivo Outro transtorno – investigar

Apresentação predominante observada na sessão:

Desatenta Hiperativa/impulsiva Combinada Sem evidências claras na sessão

Observações clínicas / Nota:

Instrumentos a aplicar:		Encaminhamentos:	
--------------------------------	--	-------------------------	--