Anamnese do Adulto e do Idoso

Roteiro de entrevista com o paciente e, quando possível, com um familiar

Como usar. Conduza como conversa e anote exemplos concretos. Sempre que possível, ouça também um familiar ou acompanhante, de preferência em separado: a diferença entre os dois relatos é uma informação importante.

1. Identificação

Nome	Data de nascimento	Idade

Escolaridade (anos de estudo)	Profissão e situação atual de trabalho	Estado civil

Mão preferida	Telefone	Data da entrevista

Acompanhante ou informante (nome, parentesco e há quanto tempo convive)	Quem encaminhou

Com quem mora	Rede de apoio (quem ajuda no dia a dia)

Óculos: ( ) Sim ( ) Não

Aparelho auditivo: ( ) Sim ( ) Não

2. Demanda

Queixa principal, com as palavras do paciente

O que o familiar ou acompanhante observa

Quando começou	Quem percebeu primeiro

Início: ( ) Súbito ( ) Gradual

Evolução: ( ) Estável ( ) Piora lenta ( ) Piora rápida ( ) Oscila ( ) Melhora

Algo aconteceu na mesma época (doença, cirurgia, queda, luto, aposentadoria, mudança de remédio)?

Exemplos no dia a dia

Descreva um dia comum, da hora em que acorda à hora em que dorme

O que o paciente espera da avaliação

3. Queixas cognitivas

Área	Não	Às vezes	Sempre	Exemplo
Esquece fatos ou conversas recentes				
Repete perguntas ou histórias				
Esquece compromissos e recados				
Perde objetos				
Dificuldade para achar palavras				
Dificuldade para entender o que lê ou ouve				
Perde-se em lugares conhecidos				
Não reconhece pessoas conhecidas				
Dificuldade para manter a atenção				
Dificuldade para planejar e organizar tarefas				
Dificuldade com contas e dinheiro				
Dificuldade para usar aparelhos que já usava				
Mais lento para pensar ou fazer as coisas				

O paciente percebe as dificuldades: ( ) Sim ( ) Em parte ( ) Não

4. Humor e comportamento

Nos últimos meses...	Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Observações
Tristeza ou desânimo				
Perda de interesse pelo que gostava				
Ansiedade ou preocupação excessiva				
Irritabilidade ou agressividade				
Apatia, falta de iniciativa				
Isolamento				
Desconfiança das pessoas				
Vê ou ouve coisas que os outros não percebem				
Comportamento inadequado ou desinibido				
Mudança no jeito de ser				

Pensamentos de morte ou de que a vida não vale a pena

5. Sono, alimentação e hábitos

Hora de dormir	Hora de acordar	Cochilos de dia	Remédio para dormir

Sono	Não	Às vezes	Sempre	Observações
Demora para pegar no sono				
Acorda de madrugada				
Ronca ou para de respirar				
Fala, grita ou se mexe muito dormindo				
Sonolência durante o dia				

Apetite e alimentação

Mudança de peso

Atividade física

Álcool (quanto e com que frequência)

Tabaco

Outras substâncias

Lazer, convivência e atividades que estimulam a mente (leitura, jogos, grupos, religião)

6. Saúde

Condição	Sim	Não	Desde quando e tratamento
Pressão alta			
Diabetes			
Colesterol alto			
Doença do coração ou arritmia			
AVC ou isquemia transitória			
Traumatismo craniano com perda de consciência			
Epilepsia ou convulsões			
Doença de Parkinson ou tremores			
Doença da tireoide			
Falta de vitamina B12			
Apneia do sono			
Depressão ou ansiedade já tratadas			
Internação psiquiátrica			
Cirurgia com anestesia geral recente			
Infecção recente (inclusive urinária)			
Dor crônica			
Outras			

Sinais observados	Sim	Não	Observações
Tremor, rigidez ou lentidão de movimentos			
Mudança no jeito de andar ou quedas			
Mudança na fala ou para engolir			
Perda de urina			
Dor de cabeça frequente			
Tontura ou desmaios			

Medicação	Dose	Horário	Para quê	Desde quando

Toma os remédios: ( ) Sozinho(a), sem erros ( ) Sozinho(a), com esquecimentos ( ) Com ajuda

Exames já feitos (imagem do crânio, exames de sangue, avaliações anteriores), datas e resultados

7. Funcionalidade

Atividade	Sozinho(a)	Com ajuda	Não faz	Mudou? Desde quando
Banho e higiene				
Vestir-se				
Alimentar-se				
Usar o banheiro				
Andar e sair de casa				
Tomar os remédios				
Cuidar do dinheiro e das contas				
Fazer compras				
Preparar refeições				
Tarefas da casa				
Usar telefone e aplicativos				
Dirigir ou usar transporte				
Trabalho				
Lazer e vida social				

O que deixou de fazer por causa das dificuldades

Segurança	Sim	Não	Observações
Esqueceu fogão, ferro ou torneira ligados			
Saiu e não soube voltar			
Acidente ou susto dirigindo			
Caiu nos últimos 12 meses			
Foi vítima de golpe ou fez gastos fora do comum			
Fica sozinho(a) em casa			

8. História de vida

Desenvolvimento e vida escolar (dificuldades de aprendizagem, repetências, até que série estudou e por quê)

Vida profissional (principais ocupações, exigência das funções, aposentadoria)

Eventos de vida importantes ou recentes (lutos, separações, mudanças, dificuldades financeiras)

9. História familiar

Na família há casos de…	Sim	Não	Quem e com que idade começou
Demência ou Alzheimer			
Doença de Parkinson			
AVC			
Depressão, ansiedade ou transtorno bipolar			
Uso problemático de álcool ou outras substâncias			
Dificuldade de aprendizagem ou TDAH			

10. Quem cuida

Quem acompanha o paciente no dia a dia e como essa pessoa está (cansaço, saúde, apoio que recebe)

11. Observações do(a) profissional

Impressões da entrevista (aparência, orientação, atenção, linguagem, humor, colaboração, crítica sobre as dificuldades)

Diferenças entre o relato do paciente e o do acompanhante

Hipóteses iniciais e próximos passos (instrumentos, exames a solicitar ao médico, encaminhamentos)

Documento sigiloso, de uso do(a) psicólogo(a). Guarde em local de acesso restrito.

Local e data	Assinatura e carimbo (nome e CRP)