



Formular FACULTATIV pentru începerea psihoterapiei¹

| Date de identificare | | | | | | | | | | |
|--|--------------------|---------|-----------------------------|--------------|----------------------------|------------|-------------------------------------|------------|--|--|
| NUME: | | | | | | | Sex: | m f t | | |
| PRENUME: | | | | | | | Inițiala tatălui: | | | |
| DATA NAȘTERII: | ____ / ____ / ____ | | CNP: | | | | | | | |
| Carte de identitate | | | | | | | | | | |
| Seria | | Numărul | | Eliberată de | | La data de | ____ / ____ / ____ | | | |
| Adresa din cartea de identitate | | | | | | | | | | |
| Localitate | | | | | Județ | | | | | |
| Strada | | | | | | Numărul | | | | |
| Bloc | | Scara | | Etaj | | Ap. | | Cod poștal | | |
| Date de contact | | | | | | | | | | |
| Telefon mobil ₁ | | | | | Telefon mobil ₂ | | | | | |
| E-mail ¹ | | | | | | | | | | |
| E-mail ² | | | | | | | | | | |
| Diagnostiche psihiatrice (trecute sau prezente) | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | |
| Dacă v-ați gândit, în ultimele șase luni, să vă faceți singur(ă) rău | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DA | | | <input type="checkbox"/> NU | | | | <input type="checkbox"/> NU RĂSPUND | | | |

¹Puteți omite orice câmp doriți. Informațiile sunt utile atât din punct de vedere administrativ cât și clinic și scurtează din timpul necesar informării de la începutul terapiei.

| Medicație psihiatrică (trecută sau prezentă) | | |
|---|--|---|
| Medicament | Perioada (cu aproximație) | |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| Condiții medicale generale (afecțiuni sau boli fizice de care suferiți sau ați suferit). | | |
| Afecțiunea | Perioada (cu aproximație) | |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| Dacă luați, în prezent, alte medicamente | | |
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| Dacă ați făcut, în ultimele două luni, următoarele analize de sânge: | | |
| TSH (hormonul de stimulare tiroidiană) <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da, valori normale <input type="checkbox"/> da, valori anormale | Fe (fier) <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da, valori normale <input type="checkbox"/> da, valori anormale | TGP <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da, valori normale <input type="checkbox"/> da, valori anormale |
| Ca (Calciu) <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da, valori normale <input type="checkbox"/> da, valori anormale | Glicemie <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da, valori normale <input type="checkbox"/> da, valori anormale | |
| Mg (Magneziu) <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da, valori normale <input type="checkbox"/> da, valori anormale | TGO <input type="checkbox"/> nu <input type="checkbox"/> da, valori normale <input type="checkbox"/> da, valori anormale | |
| Medic de familie | | |
| NUME | | Telefon |

Somnul în ultimele două săptămâni

| | | | |
|--|---|--------------------------------|---|
| Medicație | <input type="checkbox"/> dorm cu medicație în fiecare seară <input type="checkbox"/> dorm cu medicație doar în unele nopți <input type="checkbox"/> dorm fără medicație | Coșmaruri | <input type="checkbox"/> foarte frecvente <input type="checkbox"/> rare <input type="checkbox"/> deloc |
| Calitatea somnului | <input type="checkbox"/> dorm la fel ca întotdeauna sau mai bine <input type="checkbox"/> dorm ceva mai prost decât de obicei <input type="checkbox"/> dorm semnificativ mai prost decât de obicei <input type="checkbox"/> dorm mult mai prost ca de obicei <input type="checkbox"/> nu dorm aproape deloc | Mă trezesc la finalul somnului | <input type="checkbox"/> odihnit(ă) <input type="checkbox"/> relativ odihnit (ă) <input type="checkbox"/> destul de obosit (ă) <input type="checkbox"/> foarte obosit(ă) |
| Numărul mediu de ore de somn pe noapte | <input type="checkbox"/> 8 sau mai multe <input type="checkbox"/> între 6 și 8 <input type="checkbox"/> între 4 și 6 <input type="checkbox"/> sub 4 ore | Felul somnului | <input type="checkbox"/> adorm târziu <input type="checkbox"/> mă trezesc foarte devreme și nu mai pot adormi <input type="checkbox"/> am treziri repetate <input type="checkbox"/> niciuna de mai sus |

Greutatea corporală

- a. a scăzut cu _____ kilograme în ultimele _____ săptămâni
- b. a crescut cu _____ kilograme în ultimele _____ săptămâni
- c. a fost constantă în ultima vreme

Relație de cuplu

- a. sunt singur(ă)
- b. sunt într-o relație de cuplu (căsătoriti sau nu) de _____ ani și _____ luni
- c. prefer să nu răspund

Criterii funcționale

- a. problemele de care sufăr mă necăjesc relativ puțin și nu mi-au afectat relațiile cu familia, cu oamenii din viața mea sau activitatea profesională
- b. problemele de care sufăr nu mi-au afectat relațiile cu familia, cu oamenii din viața mea sau activitatea profesională dar mă necăjesc foarte tare
- c. problemele de care sufăr mi-au afectat relațiile cu familia, cu oamenii din viața mea sau activitatea profesională și mă necăjesc foarte tare
- d. problemele de care sufăr m-au făcut să pierd ori să rup relații cu oameni importanți din viața mea ori din familie, am pierdut un contract sau locul de muncă ori mi-au creat probleme cu legea

Subsemnatul _____ (persoana fizică, client al Cabinetului), declar pe proprie răspundere că informațiile din prezentul formular corespund realității și că am luat la cunoștință de scopurile, durata, procedurile utilizate, riscurile, beneficiile, limitele confidențialității serviciilor psihologice, precum și de dreptul de a mă retrage oricând de la participarea la desfășurarea serviciilor psihologice.

Data

Semnătura clientului