

FICHA DE AUTO AVALIAÇÃO

NOME: _____ DATA NASC: _____

		nunca	Algumas vezes	freqüentement e	muito freqüentement e	sempre
01	Com que freqüência sente dores de cabeça?	1	2	3	4	5
02	Já pensou alguma vez que fosse melhor não viver mais?	1	2	3	4	5
03	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
04	Você se sente útil no que faz?	1	2	3	4	5
05	Acha que às vezes não consegue fazer nada por causa dos nervos?	1	2	3	4	5
06	Fico irritada com pequenas coisas?	1	2	3	4	5
07	Desperta varias vezes a noite?	1	2	3	4	5
08	Sinto que minha memória esta fraca	1	2	3	4	5
09	Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5
10	Durante este mês se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
11		1	2	3	4	5

	muito ruim	Rui m	nem ruim nem boa	bo a	muito boa
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

Como esta a qualidade do seu sono?	muito ruim	Rui m	nem ruim nem boa	bo a	muito boa
	1	2	3	4	5

Qual seu grau de motivação para fazer as coisas?	Não tenho	pouco	média	boa	Muito boa

Como anda sua auto estima?	Não tenho	ruim	média	boa	Muito boa

Qual seu grau de ansiedade?	Nem tenho	baixa	média	alta	Muito alta

Qual o sonho que eu ainda quero alcançar em minha vida?

O que você espera do grupo?

Considerando sua vida hoje quais são suas maiores dificuldades?

Faz uso de alguma medicação?



Secretaria Municipal de
SAÚDE
Nova Tebas - PR

Tem algum problema de saúde?
