

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO GERAL

Nome: _____

Idade: _____

Endereço completo: _____

Contato _____ (celular/ _____ email)

O que te motivou a inscrever-se neste curso?

PERGUNTAS ESPECÍFICAS (FATORES DE RISCO OU DE CUIDADO ESPECIAL PARA ESTAR NO GRUPO):

Perdeu algum familiar ou pessoa próxima no último mês? SIM () NÃO ()

Está em tratamento contra o CÂNCER? SIM () NÃO ()

. Se sim, qual tipo de CÂNCER? _____

Está em tratamento para DOR CRÔNICA? SIM () NÃO ()

Se sim, qual tipo de DOR? _____

É portador de EPILEPSIA? SIM () NÃO ()

. Se sim, faz tratamento? SIM () NÃO ()

. Que tipo de tratamento? _____

É portador de algum dos seguintes transtornos?

TRANSTORNO ALIMENTAR: SIM () NÃO ()

• Se sim, qual? _____

Se sim, está em tratamento farmacológico? SIM () NÃO ()

Se sim, está em tratamento psicoterápico? SIM () NÃO ()

TRANSTORNO DEPRESSIVO: SIM () NÃO ()

• Se sim, qual? _____

Se sim, está em tratamento farmacológico? SIM () NÃO ()

Se sim, está em tratamento psicoterápico? SIM () NÃO ()

TRANSTORNO DE ANSIEDADE: SIM () NÃO ()

• Se sim, qual? _____

Se sim, está em tratamento farmacológico? SIM () NÃO ()

•Se sim, está em tratamento psicoterápico? SIM () NÃO ()

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA DISCIPLINA DE MINDFULNESS:TEORIA NA PRÁTICA

Declaro, para resguardo de responsabilidade civil ou penal que, de acordo com as normas do _____, sou responsável pela veracidade das informações declaradas SOBRE MINHA SAÚDE NA FICHA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA.

Declaro que fui informado(a) pelo Centro Universitário São Camilo de que o curso de mindfulness em questão é um tratamento complementar a quaisquer tratamentos médicos e/ou psicológicos que por ventura eu esteja realizando, e não deve ser entendido como uma alternativa em detrimento dos tratamentos convencionais. De igual modo, fica também entendido que este curso não me capacita a ofertar grupos de Mindfulness.

Assinatura

São Paulo, ____ de _____ de 20__.