ENTREVISTA

Esta deve ser preenchida pelo psicólogo antes de iniciar os testes.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Naturalidade/UF: _____

Motivo da Avaliação Psicológica: _____

Escreve com () Mão direita () Mão esquerda () Ambas as mãos

CONDIÇÕES PARA O EXAME

1 - Dormiu bem? Está descansado? () Sim () Não por quê? _____

2 - Aconteceu alguma coisa marcante nesta semana? () Sim () Não Qual? (assalto,

falecimento, nascimento, demissão, promoção, emprego novo...)

3 - Está alimentado? () Sim () Não

4 - Usa óculos para leitura? () Sim () Não Está com ele? () Sim () Não

5 - Fez uso de bebida alcoólica nas últimas 48 horas?

() Não () Sim, qual(is)? _____

6 - Considera-se em condições para realizar este exame?

() Sim () Não, por que? _____

TRABALHO/PROFISSIONAL

7 - Atualmente:

() Aposentado () Desempregado () Nunca trabalhou

() Está trabalhando () Afastado pelo INSS: tempo _____

Qual a função que desempenha? _____

Onde? _____ Quanto tempo? _____

Trabalha em que horário: _____

8 - Como você vê o seu trabalho e se sente em relação ao mesmo?

VIDA ESCOLAR

9 - Até que série cursou, ou está cursando? _____

10 - Fez ensino: () Regular () Supletivo: a partir de que série? _____

11 - Se parou de estudar, há quanto tempo e por que?

12 - Se formou a quanto tempo? Pretende fazer mais algum curso? _____

13 - Como foi sua vida escolar? Você acha que pode ou pretende melhorar? _____

INDICADORES DE SAÚDE E DOENÇA14 - Possui alguma deficiência? () na visão () na fala () auditiva () física
Qual(is)? _____15 - Tem ou já teve algum problema de saúde mais sério (cirurgia, internação, repouso
prolongado)? () Não () Sim, qual(is)? _____

.....
16 – Já teve algum dos problemas de saúde abaixo?

() Pressão alta () Cardiopatia () Epilepsia () Diabetes () Úlcera nervosa
() Fadiga/Cansaço () Tonturas () Quedas repentinas () Câimbras
() Câncer () Outras _____

17 – Na sua família alguém já teve alguma doença grave? Quem? Qual doença? A quanto tempo? _____

18 – Já teve algum dos problemas psicológicos abaixo?

() Irritabilidade excessiva () Ansiedade/Angústia () Agressividade () Depressão () Insônia () Dificuldade de memória () Problema de atenção
() Outros _____

19 – Faz ou fez uso de alguma medicação contínua e/ou controlada? () Não () Sim
Quando? _____ Por quanto tempo? _____ Qual? _____

20 – Fez ou está fazendo algum tipo de avaliação ou tratamento?

() Não () Sim, qual? () Neurológica () Psiquiátrica () Psicológica
Quando? _____ Durante quanto tempo? _____ Por que? _____

21 – Já foi vítima em algum acidente desde o nascimento (quedas graves, mordida de animal, carro, moto, trabalho etc)? () Não () Sim, que tipo?

22 – Tem “seqüelas” (conseqüências) de algum acidente (física ou emocional)?

() Não () Sim, qual? _____

HABITOS E CONDUTA SOCIAL

23 - Faz uso de cigarros? () Não () Sim, quantos por dia? _____

Como se sente quando fica muito tempo sem fumar? _____

Se parou de fumar, foi há quanto tempo? Como se sentiu depois disso? Percebeu alguma diferença no seu dia-a-dia?

24 - Normalmente, faz uso de bebida alcoólica? () Sim () Não

Qual tipo? _____

Com que frequência? () todos os dias () em ocasiões especiais () nos fins de semana

() nunca fez uso () uma vez por mês () não faz mais uso () às vezes _____

Quanto bebe? _____

Quanto de bebida consumida você acha que a pessoa passa do limite? Você passa deste limite?

25 - Já usou ou usa outro tipo de droga? () Não () Sim, qual? _____

Quando? Durante quanto tempo? _____

Com que frequência? _____ Fez tratamento para deixar? _____

26 - Quais atividades você gosta de fazer no seu horário livre? Com que frequência?

27 - Você faz exercícios regularmente? Que tipo? Como se sente? _____

28 - Possui alguma crença religiosa? Frequenta os cultos? Acha importante?

HISTÓRICO FAMILIAR

29 - Qual seu estado civil? _____

30 - Tem filhos? () Não () Sim, quantos? _____

31 – Está enfrentando problemas familiares? () Não () Sim, qual (is)?

32 – Tem irmãos: () Não () Sim, quantos? _____

33 – Seus pais ainda são vivos? Pai () Sim () Não Mãe () Sim () Não

34 – Alguma pessoa muito próxima de você é:

() Epilético () Deficiência mental () Suicida () Alcoólatras () Toxicômano

() Outros problemas graves _____ () NDA

Como você enfrenta ou enfrentou esse problema? _____

35 – Alguém próximo a você já sofreu (vítima ou causador) algum acidente de trânsito grave?

Quem? Como foi? Como você se sente em relação a isso?

ENVOLVIMENTO EM INFRAÇÕES E ACIDENTES DE TRÂNSITO

36 – Já cometeu alguma infração no trânsito?

() Não () Sim, qual(is) _____ Quando? _____

37 – Já se envolveu em acidente de trânsito? () Não () Sim, quando? _____

Com vítimas? ____ Quantas? ____ Prestou socorro? _____

Como ocorreu? _____

Declaro para os devidos fins, que as afirmações acima são verdadeiras.

Em ____/____/____

Assinatura do candidato

Assinatura do Psicólogo

Observação

Constitui crime previsto no Art. 299 do código Penal Brasileiro prestar declaração falsa com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de um a três anos e multa

Dados para pesquisa do Denatran

OPINIÕES SOBRE CIDADANIA E TRÂNSITO

SUGESTÕES PARA REDUÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO