



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL MATERNAL MAMI

Informações básicas

Nome do cuidador principal		N.º de Identificação	
Nome da criança		Data da avaliação	___ / ___ / ___

Durante as duas últimas semanas, com que frequência se preocupou com os seguintes problemas?		Nenhuma	Vários dias	Mais de metade dos dias	Praticamente todos os dias
1. Pouco interesse ou prazer em fazer coisas?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Sente-se em baixo, deprimida ou desesperada?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Tem dificuldade em adormecer ou dormir? Ou dorme demasiado tempo?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Sente cansaço ou falta de energia?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Pouco apetite? Ou come demasiado?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Sente-se se mal a seu respeito? Ou que é um fracasso? Ou que desiludiu a si ou à sua família?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Tem dificuldade em concentrar-se nas coisas, como seguir uma conversa com pessoas?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Movimenta-se ou fala tão lentamente que outras pessoas poderão ter reparado numa diferença? Ou tem estado numa tal agitação que se tem movimentado muito mais do que o habitual?		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Pensou que seria melhor se morresse ou em magoar-se de alguma forma?		<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
AJA	Adicione as pontuações às colunas:				
	PONTUAÇÃO TOTAL DA AVALIAÇÃO:				
	Classifique	BAIXO RISCO: 0-9 e "não" à Pergunta 9 (pensamentos de automutilação)	RISCO MODERADO: 10-14 e "não" à Pergunta 9 (pensamentos de automutilação)	ALTO RISCO: 15+ e/ou "sim" à Pergunta 9 (pensamentos de automutilação)	
	Outro - especifique:				

Notas:

AJA

VOLTE AO FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO MAMI E PREENCHA A AVALIAÇÃO