



**ATENDIMENTO CLÍNICO**  
**EXAME N.º 746486**

**Paciente**

Nome : EZEQUIONIS ALVES ROSA

CPF : 86759965191

RG : /

Cargo : OPERADOR DE TRANSPALETEIRA

Nascimento : 13/11/1978

**Self Report Questionnaire**

**Instrumento de rastreamento de TMC - SRQ 20 - Versão para língua portuguesa**

- |                                                                     |                   |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1.Tem dores de cabeça freqüentes?                                   | ( ) Sim ( X ) Não |
| 2.Tem falta de apetite?                                             | ( ) Sim ( X ) Não |
| 3.Dorme mal?                                                        | ( ) Sim ( X ) Não |
| 4.Assusta-se com facilidade?                                        | ( ) Sim ( X ) Não |
| 5.Tem tremores nas mãos?                                            | ( ) Sim ( X ) Não |
| 6.Sente-se nervoso(a), tenso(a), ou preocupado(a)?                  | ( ) Sim ( X ) Não |
| 7.Tem má digestão?                                                  | ( ) Sim ( X ) Não |
| 8.Tem dificuldade de pensar com clareza?                            | ( ) Sim ( X ) Não |
| 9.Tem se sentido triste ultimamente?                                | ( ) Sim ( X ) Não |
| 10.Tem chorado mais do que o costume?                               | ( ) Sim ( X ) Não |
| 11.Encontra dificuldades para realizar suas atividades diárias?     | ( ) Sim ( X ) Não |
| 12.Tem dificuldade para tomar decisões?                             | ( ) Sim ( X ) Não |
| 13.Tem dificuldades no serviço?(seu trabalho lhe causa sofrimento)? | ( ) Sim ( X ) Não |
| 14.É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?              | ( ) Sim ( X ) Não |
| 15.Tem perdido o interesse pelas coisas?                            | ( ) Sim ( X ) Não |
| 16.Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?                   | ( ) Sim ( X ) Não |
| 17.Tem tido idéias de acabar com a vida?                            | ( ) Sim ( X ) Não |
| 18.Sente-se cansado(a) o tempo todo?                                | ( ) Sim ( X ) Não |
| 19.Tem sensações desagradáveis no estomago ?                        | ( ) Sim ( X ) Não |
| 20.Você se cansa com facilidade?                                    | ( ) Sim ( X ) Não |

**Nota de corte:6. Acima de 06 pontos encaminhar para avaliação com a Psicóloga ou psiquiatra, dependendo da gravidade.**

Cuiabá-MT, 16 de junho de 2025



Como validar o documento pelo ITI:  
Leia o qr-code e siga as instruções na página que será aberta.

