M.I.N.I. TRACKING

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versão Português (Brasil)

DSM-IV

USA: **D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan**
University of South Florida - Tampa

FRANCE: **Y. Lecrubier, T. Hergueta**
Hôpital de la Salpétrière - Paris

© Copyright 1999-2006. Sheehan DV & Lecrubier Y. Todos os direitos reservados.

Todos os direitos reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informativo, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os médicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

M.I.N.I. Tracking 5.0.0 (July 1, 2006)

Nome do paciente:	_____	***Data da Entrevista:***	_____
Data de Nascimento:	_____	***Número do paciente:***	_____
Monitoramento realizado por	_____	***Monitoramento realizado por***	_____
	Clínico		***Paciente***

Módulos
Resultados

		Monitoramento (total)	
A	EPISODIO DEPRESSIVO MAIOR	_____	_____
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	_____	_____
B	DISTIMIA	_____	_____
C	RISCO DE SUICÍDIO	_____	_____
D	EPISÓDIO MANIACO	_____	_____
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO	_____	_____
E	TRANSTORNO DO PÂNICO	_____	_____
F	AGORAFOBIA	_____	_____
G	FOBIA SOCIAL (Transtorno de ansiedade social)	_____	_____
H	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	_____	_____
I	TRANSTORNO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO	_____	_____
J	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	_____	_____
	ABUSO DE ÁLCOOL	_____	_____
K	DEPENDÊNCIA DE SUBSTANCIAS (Excluindo álcool)	_____	_____
	ABUSO DE SUBSTANCIAS (Excluindo álcool)	_____	_____
L	TRANSTORNOS PSICÓTICOS	_____	_____
	TRANSTORNO DO HUMOR COM SINTOMAS PSICÓTICOS	_____	_____
M	ANOREXIA NERVOSA	_____	_____
N	BULIMIA NERVOSA	_____	_____
	ANOREXIA NERVOSA,	_____	_____
	COMPULSÃO ALIMENTAR/TIPO PURGATIVA	_____	_____
O	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	_____	_____
P	TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	_____	_____

Instruções Gerais

O M.I.N.I foi desenvolvido como uma curta entrevista estruturada para as principais transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV e da CID-10. Estudos de validade e confiabilidade foram feitos comparando o M.I.N.I com o SCID-P para o DSM-III-R e o CIDI (uma entrevista estruturada desenvolvida pela OMS para uso por entrevistadores leigos para o CID-10). Os resultados destes estudos mostram que o M.I.N.I tem alta validade e confiabilidade, porém pode ser realizado em um período de tempo mais curto (média 18.7 ± 11.6 minutos, média de 15 minutos) do que os instrumentos acima descritos. Pode ser utilizado por clínicos após um treinamento breve. Entrevistadores leigos necessitam de um treinamento mais extenso. O M.I.N.I. Tracking foi desenvolvido para acompanhar a gravidade dos sintomas de cada transtorno ao longo do tempo em resposta ao tratamento.

ENTREVISTA:

Para que a entrevista seja a mais breve possível, informe ao paciente que você irá realizar uma entrevista clínica que é mais estruturada do que o normal, com perguntas bem precisas sobre problemas psicológicos as quais necessitam de respostas bem precisas sobre sua gravidade.

INSTRUÇÕES DE COTAÇÃO:

Todas as perguntas devem ser cotadas. A cotação é dada do lado direito de cada pergunta assinalando a resposta apropriada.

O clínico deve ter certeza de que cada dimensão da pergunta é levada em consideração pelo paciente (por exemplo, tempo, freqüência, gravidade, e/ou alternativas).

Sintomas que são mais bem explicados por uma causa orgânica ou pelo uso de álcool ou drogas não devem ser cotados positivos no M.I.N.I. Tracking. O M.I.N.I. Plus tem perguntas que investigam essas questões.

Para qualquer pergunta, sugestão, necessidade de treinamento, ou informação sobre atualizações do M.I.N.I., por favor entrar em contato:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
tel : +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D. / Thierry Hergueta, M.S.
INSERM U302
Hôpital de la Salpétrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS, FRANCE
tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Durante a última semana, quanto que você:

	Nada	um pouco	moderadamente	muito	extremamer
1. se sentiu deprimido (a), triste ou para baixo?	0	1	2	3	4
2. se sentiu menos interessado (a) pelas coisas ou menos capaz de ter prazer nas coisas nas quais antes tinha prazer?	0	1	2	3	4
3. mudou seu apetite ou peso?	0	1	2	3	4
4. teve problemas de sono (dificuldade para começar a dormir, acordar no meio da noite, acordar cedo demais ou dormir excessivamente)?	0	1	2	3	4
5. falou ou se movimentou mais devagar que o normal ou se sentiu inquieto?	0	1	2	3	4
6. se sentiu cansado (a) ou sem energia?	0	1	2	3	4
7. se sentiu sem valor ou culpado (a)?	0	1	2	3	4
8. teve dificuldade em se concentrar ou tomar decisões?	0	1	2	3	4
9. pensou em machucar a si mesmo(a), se suicidar, ou desejou estar morto(a)?	0	1	2	3	4

TOTAL [ ]

Total dividido por 9 = **COTAÇÃO PADRÃO** [ ]

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR C/ CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS

Durante a última semana, quanto que você:

	Nada	um pouco	moderadamente	muito	extremamer
10. Insira cotação do item 2	0	1	2	3	4
11. perdeu a capacidade de reagir a coisas que antes lhe davam prazer ou animavam ou faziam você se sentir melhor, mesmo que temporariamente?	0	1	2	3	4
12. se sentiu deprimido de uma forma diferente do tipo de sentimento que se tem quando alguém próximo morre?	0	1	2	3	4
13. se sentiu, em geral, pior pela manhã?	0	1	2	3	4
14. acordou pelo menos 2 horas antes da hora habitual de acordar e	0	1	2	3	4

teve dificuldade para voltar a dormir?

15. Insira cotação do item 5.	0	1	2	3	4
16. Insira cotação do item 3.	0	1	2	3	4
17. se sentiu excessivamente culpado(a) ou sentiu culpa exagerada em relação a realidade da situação?	0	1	2	3	4

TOTAL [ ]

Total dividido por 8 = **COTAÇÃO PADRÃO** [ ]

B. DISTIMIA

Na última semana, quanto que:

	Nada	um pouco			
moderado	**muito**	**extremamente**			
19. você se sentiu pouco confiante?	0	1	2	3	4
20. você se sentiu sem esperança?	0	1	2	3	4
21. os sintomas de depressão causaram em você um sofrimento significativo ou prejudicaram sua capacidade de trabalhar, de interagir com outras pessoas ou o(a) prejudicaram de alguma outra forma ?	0	1	2	3	4

TOTAL [ ]

Total dividido por 3 = **COTAÇÃO PADRÃO** [ ]

C. ESCALA DE MONITORAMENTO DE RISCO DE SUICÍDIO

(Do MINI Tracking, Module C. Copyright Sheehan et al 2006 revision)

INSTRUÇÕES PARA COTAÇÃO:

O CLÍNICO DEVE ASSEGURAR-SE QUE TODAS AS DIMENSÕES DA PERGUNTA SEJAM LEVADAS EM CONSIDERAÇÃO NA HORA DE ESCOLHER A RESPOSTA APROPRIADA (POR EXEMPLO: TEMPO, FREQUENCIA E GRAVIDADE).

1. **Na última semana você sofreu algum acidente?** ☐ NÃO ☐ SIM

SE NÃO, VÁ PARA PERGUNTA 2.
SE SIM, PERGUNTE:

	Nada	um pouco	moderado	muito	extremamente
1a. em que grau vc planejou ou teve intenção de machucar a si mesmo no acidente (passivamente ou ativamente)?	0	1	2	3	4

SE A RESPOSTA PARA A PERGUNTA 1a é 0, VÁ PARA PERGUNTA 2.
SE O RESULTADO FOR ≥1, PERGUNTE:

1b. Você planejou morrer nesse acidente? ☐ NÃO ☐ SIM

Na última semana, quanto que você:

2. pensou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto?	0	1	2	3	4
3. quis se machucar ou ferir a si próprio?	0	1	2	3	4
4. pensou em suicídio?	0	1	2	3	4
5. planejou se suicidar?	0	1	2	3	4
6. realmente começou os preparativos para uma tentativa de suicídio na qual você esperava ou planejava morrer?	0	1	2	3	4

7. Na última semana você se feriu intencionalmente? ☐ NÃO ☐ SIM
SE NÃO, VÁ PARA PERGUNTA 8.
SE SIM, PERGUNTE:

Na última semana, com que gravidade você:

7a. se feriu intencionalmente sem pretender se matar?	0	1	2	3	4
8. tentou o suicídio?	0	1	2	3	4

TOTAL ☐

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

Na última semana, quanto que você:

	Nada	um pouco		moderado muito	extremamente
1. se sentiu eufórico ou tão cheio de energia que você se envolveu em problemas ou que as outras pessoas pensaram que você não estava em seu estado normal? (não considere períodos que você estava sob efeito de álcool ou drogas)	0	1	2	3	4
2. se sentiu continuamente irritado, por vários dias, a ponto de você ter discutido ou agredido verbal ou físicamente, ou gritado para pessoas que não eram da sua família? Quanto que você ou outras pessoas perceberam que você tem estado mais irritado ou tem reagido exageradamente em comparação às outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável?	0	1	2	3	4

Quando você se sentiu eufórico ou cheio de energia ou irritado, quanto que você:

3. sentiu que poderia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou sentiu que você era uma pessoa especialmente importante?	0	1	2	3	4
4. precisou dormir menos que o habitual? (por exemplo, se sentiu descansado após apenas poucas horas de sono)?	0	1	2	3	4
5. falou muito sem parar, ou tão rápido que as pessoas tiveram dificuldade em entender?	0	1	2	3	4
6. teve pensamentos rápidos, difíceis de acompanhar?	0	1	2	3	4
7. se distraía com tanta facilidade que qualquer pequena interrupção fazia você perder a concentração naquilo que estava fazendo ou pensando?	0	1	2	3	4
8. ficou tão ativo ou inquieto que as outras pessoas se preocuparam com você?	0	1	2	3	4
9. desejou tanto participar de atividades prazerosas que você ignorou os riscos ou conseqüências disso (por ex: gastar demais, dirigir imprudentemente, ter atividade sexual pouco comum para você)	0	1	2	3	4
10. teve problemas em casa, no trabalho, socialmente ou na escola?	0	1	2	3	4

TOTAL [ ]

Total dividido por 9 = **COTAÇÃO PADRÃO** [ ]

E. TRANSTORNO DO PÂNICO

Na última semana quanto que você foi incomodado por:

	Nada	um pouco	moderado	muito	extremamente
1. episódios ou ataques nos quais você, de repente, dentro de alguns minutos se sentiu ansioso, assustado, desconfortável, mesmo em situações nas quais a maioria das pessoas não se sentiria assim?	0	1	2	3	4
2. episódios ou ataques que ocorreram de forma imprevisível ou sem motivo?	0	1	2	3	4
3. medo contínuo de ter outro ataque, ou preocupações com as consequências do ataque?	0	1	2	3	4
4. palpitações ou coração acelerado ?	0	1	2	3	4
5. transpiração ou mãos úmidas?	0	1	2	3	4
6. tremores ou contrações musculares?	0	1	2	3	4
7. fôlego curto ou falta de ar?	0	1	2	3	4
8. uma sensação de sufocamento ou de ter um nó na garganta?	0	1	2	3	4
9. dor, aperto ou desconforto no peito?	0	1	2	3	4
10. náuseas, problemas de estômago ou diarréia repentina?	0	1	2	3	4
11. tontura, vertigem ou sensação de desmaio?	0	1	2	3	4
12. uma impressão de que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais, ou se sentiu como que desligado(a) de todo ou de uma parte do corpo?	0	1	2	3	4
13. medo de enlouquecer ou perder o controle?	0	1	2	3	4
14. medo de morrer?	0	1	2	3	4
15. dormências ou formigamentos no corpo?	0	1	2	3	4
16. ondas de frio ou calor?	0	1	2	3	4
17. ter tais ataques repetidamente, seguidos por um medo contínuo de ter outro ataque?	0	1	2	3	4

TOTAL [ ]

Total dividido por 17 = **COTAÇÃO PADRÃO** [ ]

F. AGORAFOBIA

Na última semana, quanto que você:

	Nada muito	um pouco	moderado	extremamente	
15. se sentiu ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações onde você poderia ter um ataque de pânico ou os sintomas de pânico que acabamos de falar ou onde a ajuda poderia não estar disponível ou fosse difícil escapar (por ex: estar em uma multidão, esperando na fila, quando sozinho longe de casa ou sozinho em casa, ou quando atravessando uma ponte, viajando de carro, trem ou ônibus?)	0	1	2	3	4
16. evitou estas situações ou sofreu com elas ou precisou de uma companhia para enfrentá-las?	0	1	2	3	4

TOTAL ☐

Total dividido por 2 = **COTAÇÃO PADRÃO** ☐

G. FOBIA SOCIAL (TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL)

Na última semana quanto que você experimentou:

	Nada muito	um pouco	moderado	extremamente	
1. medo ou embaraço por ser observado, ser o centro das atenções ou ser humilhado? Por exemplo: falar em público, comer com outras pessoas ou em locais públicos, escrever enquanto alguém observava você ou estar em situações sociais.	0	1	2	3	4
2. esse medo social excessivamente ou sem motivo?	0	1	2	3	4
3. de sofrimento com essas situações sociais ou teve que evitá-las?	0	1	2	3	4
4. esse medo atrapalhar sua vida profissional ou social ou causar algum sofrimento importante?	0	1	2	3	4

TOTAL ☐

Total dividido por 4 = **COTAÇÃO PADRÃO** ☐

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Na última semana quanto que você experimentou:

	Nada muito	um pouco		moderado extremamente	
1. pensamentos repetitivos, impulsos ou imagens indesejáveis, desagradáveis, inapropriadas ou angustiantes? (Por exemplo: a idéia que você estava sujo(a), contaminado ou tinha micróbios, ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra sua vontade ou medo de agir impulsivamente, ou medo ou superstições que você seria responsável por coisas que não dão certo ou obsessões com pensamentos/imagens sexuais ou necessidade de colecionar ou obsessões religiosas. (*NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS* REAIS *DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS A TRANSTORNOS ALIMENTARES, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE ÁLCOOL OU DROGAS PORQUE O PACIENTE PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E PODE QUERER RESISTIR APENAS POR CAUSA DE SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS* .)	0	1	2	3	4
2. estas obsessões voltarem a sua mente repetidamente, mesmo quando você tentou ignorá-las ou livrar-se delas?	0	1	2	3	4
3. fazer coisas repetidamente, sem conseguir resistir a fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar coisas sem parar, ou repetir, colecionar, arrumar coisas ou fazer rituais religiosos?	0	1	2	3	4
4. estes pensamentos obsessivos ou estes comportamentos compulsivos de forma excessiva ou sem motivo?	0	1	2	3	4
5. estes pensamentos obsessivos e/ou estes comportamentos compulsivos interferindo significativamente no trabalho, nas atividades cotidianas, no relacionamento social ou ocupando muito do seu tempo?	0	1	2	3	4

TOTAL ____

Total dividido por 5 = **COTAÇÃO PADRÃO** ____

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Na última semana, quanto que você experimentou:

	Nada muito	um pouco		moderado extremamente	
1. pensamentos sobre uma experiência ou acontecimento muito traumático que incluiu morte ou ameaças de morte ou de ferimentos graves para você ou alguma outra pessoa?	0	1	2	3	4
EXEMPLOS DE EVENTOS TRAUMÁTICOS INCLUEM: ACIDENTES, ESTUPRO, AGRESSÃO FÍSICA, SEQUESTRO, SER REFÉM , INCÊNDIO, DESCOBRIR UM CADÁVER, MORTE SÚBITA DE ALGUÉM PRÓXIMO, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL.					
2. medo incontrolável, se sentir indefeso ou pavor quando pensou no trauma?	0	1	2	3	4
3. reviver o acontecimento de uma forma angustiante (por exemplo, sonhos, lembranças intensas, flashbacks ou reações físicas)?	0	1	2	3	4
4. evitar ter de pensar sobre o acontecimento ou evitar coisas que lembrem você do acontecimento?	0	1	2	3	4
5. dificuldade de lembrar exatamente o que aconteceu?	0	1	2	3	4
6. ficar menos interessado em hobbies ou atividades sociais?	0	1	2	3	4
7. se sentir afastado ou distante das outras pessoas?	0	1	2	3	4
8. se sentir indiferente às coisas como se não fosse mais capaz de amar ou ter carinho por alguém?	0	1	2	3	4
9. sentir que morreria mais cedo por causa do que aconteceu?	0	1	2	3	4
10. dificuldade para dormir?	0	1	2	3	4
11. sentir-se particularmente irritado(a) ou ter ataques de raiva?	0	1	2	3	4
12. dificuldade para se concentrar?	0	1	2	3	4
13. se sentir nervoso(a) ou constantemente na defensiva?	0	1	2	3	4
14. ficar assustado facilmente?	0	1	2	3	4
15. perturbação significativa no trabalho ou nas suas atividades sociais ou sofrimento importante devido a esses problemas?	0	1	2	3	4

TOTAL [ ]

Total dividido por 15 = **COTAÇÃO PADRÃO** [ ]

J. DEPENDÊNCIA E ABUSO DE ÁLCOOL

No ultimo mês quanto que você:

	Nada muito	um pouco		moderado extremamente	
1. consumiu de álcool?	0	1	2	3	4
2. precisou beber para conseguir o mesmo efeito de quando você começou a beber?	0	1	2	3	4
3. teve de tremores nas mãos ou sudorese ou se sentiu agitado quando tentou diminuir a ingesta de álcool e quanto você bebeu para evitar tais sintomas ou evitar ressaca (por ex.: tremores, sudorese, agitação)?	0	1	2	3	4
4. acabou bebendo mais do que o planejado quando começou a beber nessa época?	0	1	2	3	4
5. tentou diminuir ou parar de beber mas não conseguiu?	0	1	2	3	4
6. gastou de tempoarrumando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	0	1	2	3	4
7. reduziu seu tempo de trabalho, hobbies ou estar com outras pessoas por causa da bebida?	0	1	2	3	4
8. continuou a beber mesmo sabendo que a bebida causa problemas a sua saúde?	0	1	2	3	4
9. ficou alcoolizado mesmo tendo outras responsabilidades na escola, trabalho ou em casa?	0	1	2	3	4
10. ficou alcoolizado em alguma situação de risco (por ex.: dirigindo carro, motocicleta, maquinaria, embarcações)?	0	1	2	3	4
11. teve de problemas legais por causa do álcool (por ex.: ir para cadeia)?	0	1	2	3	4
12. continuou a beber mesmo a bebida causando problemas para sua família ou outras pessoas?	0	1	2	3	4

TOTAL [ ]

Total dividido por 12 = **COTAÇÃO PADRÃO** [ ]

K. TRANSTORNOS DO USO DE SUBSTANCIAS PSICOATIVAS
(NÃO ALCOÓLICAS)

No ultimo mês quanto que:

	Nada muito	um pouco		moderado extremamente	
1. usou de drogas das ruas ou medicações controladas para ficar alegre, de bem com a vida ou para mudar o humor?	0	1	2	3	4
2. você precisou aumentar as drogas para conseguir o mesmo efeito quando vc usou pela primeira vez?	0	1	2	3	4
3. você teve de sintomas de abstinência quando diminuiu parou de usar drogas?	0	1	2	3	4
4. você usou de drogas para não ficar doente (sintomas de abstinencia) ou para se sentir melhor?	0	1	2	3	4
5. você achou que quando usava drogas acabou usando mais do que o planejado?	0	1	2	3	4
6. você tentou parar ou diminuir o uso de drogas, mas falhou?	0	1	2	3	4
7. você gastou de tempo em conseguir, usando ou se recuperando das drogas ou pensando nelas?	0	1	2	3	4
8. você trabalhou menos, fez menos coisas que te dão prazer, Esteve menos com a família por causa das drogas?	0	1	2	3	4
9. você continuou a usar drogas, mesmo causando problemas de de saúde?	0	1	2	3	4
10. você ficou drogado onde estava em situações de risco (por ex.: dirigindo carro, motocicleta, operando máquinas, etc)?	0	1	2	3	4
11. você teve de problemas legais por causa do uso das drogas (por ex.: cadeia)?	0	1	2	3	4
12. você continuou a usar drogas, mesmo causando problemas para sua família ou outras pessoas?	0	1	2	3	4

TOTAL [ ]

Total dividido por 12 = **COTAÇÃO PADRÃO** [ ]

L. TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Na última semana quanto que você:

	Nada muito	um pouco		moderado extremamente	
1. pensou que as pessoas estavam te espionando ou que alguém estava Armando para cima de você ou tentando te machucar?	0	1	2	3	4
2. pensou que alguém estava lendo a sua mente ou podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ler a mente das pessoas ou ouvir o que outra pessoa estava pensando?	0	1	2	3	4
3. acreditou que alguém ou alguma força fora de você colocou pensamentos na sua mente que não eram seus, ou fez você agir de um modo fora do seu habitual ou possuído?	0	1	2	3	4
4. pensou que você havia recebido mensagens especiais pela TV, radio ou jornal, ou que uma pessoa que voce não conhece tem certo interesse em você?	0	1	2	3	4
5. teve de idéias ou crenças que seus parentes ou amigos acharam estranho?	0	1	2	3	4
CLINICIAN, RATE HERE THE SEVERITY OF ANY DELUSIONS: E.G. SOMATIC OR RELIGIOUS DELUSIONS OR DELUSIONS OF GRANDIOSITY, JEALOUSY, GUILT, RUIN, DESTITUTION OR OTHERS NOT EXPLORED IN 1-4ABOVE.	0	1	2	3	4
6. ouviu coisas que as outras pessoas não podiam ouvir ou vozes comentando seus pensamentos ou seu comportamento?	0	1	2	3	4
7. teve de visões quando estava acordado ou viu coisas que outras pesssoas não puderam ver?	0	1	2	3	4
A CRITÉRIO MÉDICO APENAS					
9. HOW MUCH IS THE PATIENT CURRENTLY EXHIBITING INCOHERENCE, DISORGANIZED SPEECH, OR MARKED LOOSENING OF ASSOCIATIONS?	0	1	2	3	4
10. HOW MUCH IS THE PATIENT CURRENTLY EXHIBITING DISORGANIZED OR CATATONIC BEHAVIOR?	0	1	2	3	4
11. HOW MUCH ARE NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA, E.G. SIGNIFICANT AFFECTIVE FLATTENING, POVERTY OF SPEECH (ALOGIA) OR AN INABILITY TO INITIATE OR PERSIST IN GOAL-DIRECTED ACTIVITIES (AVOLITION), PROMINENT DURING THE INTERVIEW?	0	1	2	3	4

TOTAL [ ]

Total dividido por 11 = **COTAÇÃO PADRÃO** [ ]

M. ANOREXIA NERVOSA

Na última semana quanto que você:

	Nada muito	um pouco		moderado	extremamente
1. tentou não ganhar peso, in spite of your weight being low by your doctor's estimation?	0	1	2	3	4
2. teve de medo em ganhar peso ou de se tornar gordo(a) mesmo você estando abaixo do peso?	0	1	2	3	4
3. considerou-se gordo(a) ou que parte do seu corpo estava gordo?	0	1	2	3	4
4. perimtiu que seu peso influenciasse como que você se sente?	0	1	2	3	4
5. pensou que seu baixo peso atual fosse normal, mesmo seu médico dizendo que não é??	0	1	2	3	4

Nos últimos 3 meses você:

6. teve de irregularidade menstrual? (exceto gravidez)	0	1	2	3	4

TOTAL [ ]

Total dividido por 6 = **COTAÇÃO PADRÃO** [ ]

N. BULIMIA NERVOSA

Na última semana quanto que você:

	Nada muito	um pouco		moderado	extremamente
1. had eating binges or times when you ate a very large amount of food within a 2-hour period?	0	1	2	3	4
2. sentiu que sua alimentação estava for a de controle?	0	1	2	3	4
3. fez para compensar para ou previnir ganho de peso (vomitos, jejum, exercício, laxantes, diuréticos)?	0	1	2	3	4
4. permitiu seu peso ou forma influenciar o que você sente por você mesmo?	0	1	2	3	4

TOTAL [ ]

Total dividido por 4 = **COTAÇÃO PADRÃO** [ ]

.

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Na última semana, quanto que você:

		Nada muito	um pouco		moderado extremamente	
1.	se preocupou em excesso e esteve ansioso com várias coisas?	0	1	2	3	4
2.	teve de dificuldade em controlar as preocupações ou quanto que elas interferem com a sua capacidade de manter o foco ?	0	1	2	3	4
3.	se sentiu agitado, a flor da pele?	0	1	2	3	4
4.	se sentiu cansado, fraco ou exausto facilmente?	0	1	2	3	4
5.	teve de dificuldade em se concentrar ou deu branco?	0	1	2	3	4
6.	sentiu de irritabilidade?	0	1	2	3	4
7.	sentiu de tensão muscular?	0	1	2	3	4
8.	teve de dificuldade para dormir (dificuldade a pegar no sono, acordar no meio da noite, acordar muito cedo ou dormir em excesso?)	0	1	2	3	4

TOTAL [ ]

Total dividido por 8 = **COTAÇÃO PADRÃO** [ ]

P. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISOCIAL

(PARA PACIENTES COM 15 ANOS OU MENOS)

Nos últimos 3 meses quanto que você:

	Nada muito	um pouco extremamente		moderado	
1. fugiu da escola ou saiu de casa no meio da noite?	0	1	2	3	4
2. mentiu, trapaceou, roubou repetidamente?	0	1	2	3	4
3. começou brigas, ameaçou ou intimidou outras pessoas?	0	1	2	3	4
4. feriu animais ou outras pessoas?	0	1	2	3	4
5. forçou alguém a ter relação sexual?	0	1	2	3	4

TOTAL [ ]

Total dividido por 5 = **COTAÇÃO PADRÃO** [ ]

(PARA PACIENTES COM 15 ANOS OU MAIS)

Nos últimos 3 meses, quanto que você:

1. repetidamente , se comportou de uma forma que outros considerariam irresponsável, como por exemplo não pagar coisas que você deve, sendo deliberadamente impulaivo ou deliberately not working to support yourself?	0	1	2	3	4
2. fez de coisas ilegais mesmo que você não tenha sido pego (por ex.: destruir propriedades, roubar, usar drogas ou cometer delito)?	0	1	2	3	4
3. entrou em brigas (incluindo brigas físicas com esposa e filhos)?	0	1	2	3	4
4. mentiu para conseguir dinheiro ou prazer, ou mentiu só por diversão?	0	1	2	3	4
5. colocou outras pessoas em risco?	0	1	2	3	4
6. não se sentiu culpado após machucar, maltratar, mentir ou roubar pessoas ou causar algum estrago a propriedade alheia?	0	1	2	3	4

TOTAL [ ]

Total dividido por 6 = **COTAÇÃO PADRÃO** [ ]