**AUTO AVALIAÇÃO DE SAÚDE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS DO TRABALHADOR** | | |
| **Nome:**  **Data de Nascimento:**  **Sexo:**  **Data da auto avaliação: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**  [**Telefone de contato preferencial:**](javascript:consulta('item','qjSGZg2ziDRxZU1nH7EhGQ',0);)  **( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **Unidade:**  **Setor:**  **Cargo:**  [**E-mail de contato preferencial**](javascript:consulta('item','qjSGZg2ziDQk__XAJNwqHfew',0);)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **SOBRE SUA SAÚDE** | | |
| **Como está SUA SAÚDE?**  □ Ótima  □ Boa  □ Regular  □ Ruim  **Você tem alguma outra QUEIXA ou PROBLEMA de saúde que queira relatar?**  □ Não □ Sim  Se SIM, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Está em uso de algum MEDICAMENTO (incluindo os que não necessitam de receita**  **médica)?**  □ Não □ Sim  Se SIM, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Você está fazendo algum tipo de ATIVIDADE FÍSICA?**  □ Regular (3 ou mais dias/semana, mínimo 30 minutos/dia)  □ Não pratica ou irregular  **Quantas doses de BEBIDAS ALCÓOLICAS você tem consumido por semana?**  □ Não bebo/nenhuma  □ 1 a 4  □ 5 a 14  □ 15 ou mais |
| [**ADAPTAÇÃO AO HOME OFFICE**](javascript:consulta('grupo','65IJP42kyiCu__X7njcR6csA',0);) | | |
| **Onde você costuma trabalhar estando em HOME OFFICE?**  □ Utilizando mesa e cadeira  □ No sofá  □ Na cama  □ Outro - Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Você trabalha com NOTEBOOK ou DESKTOP?**  □ Notebook  □ Desktop  □ Ambos  Se sim, usa teclado e mouse externos?  □ Não □ Sim |
| [**ADAPTAÇÃO AO HOME OFFICE**](javascript:consulta('grupo','65IJP42kyiCu__X7njcR6csA',0);) | | |
| **Você está sentindo DESCONFORTO ou FADIGA em alguma parte do corpo?**  □ Não □ Sim  Se SIM, especifique:  □ Pescoço □ Coluna  □ Ombro(s) □ Braço(s)  □ Punho(s)/mão(s) □ Perna(s)  □ Outro – Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Você gostaria de receber o contato de um especialista (ERGONOMISTA) para orientações em home office?**  □ Não □ Sim  **Não deixe de assistir o video do link:**  https://youtu.be/zOqjKU4qcJY | |
| **QUESTIONÁRIO DE AUTO AVALIAÇÃO (SRQ-20) - ADAPTADO** | | |
| **Tem DORES DE CABEÇA frequentes?**  □ Não □ Sim  **Tem falta de APETITE?**  □ Não □ Sim  **DORME MAL?**  □ Não □ Sim  **ASSUSTA-SE com facilidade?**  □ Não □ Sim  **Tem TREMORES de mão?**  □ Não □ Sim  **Sente-se NERVOSO(a), TENSO(a) ou PREOCUPADO(a)?**  □ Não □ Sim  **Tem MÁ DIGESTÃO?**  □ Não □ Sim  **Tem DIFICULDADE DE PENSAR com clareza?**  □ Não □ Sim  **Tem se sentido TRISTE ultimamente?**  □ Não □ Sim  **Tem CHORADO mais do que costuma?**  □ Não □ Sim  **Encontra dificuldades para realizar com SATISFAÇÃO suas atividades diárias?**  □ Não □ Sim | **Tem dificuldades para tomar DECISÕES?**  □ Não □ Sim  **Tem dificuldades no SERVIÇO (seu trabalho é PENOSO, causa SOFRIMENTO)?**  □ Não □ Sim  **É INCAPAZ de desempenhar um papel útil em sua vida?**  □ Não □ Sim  **Tem perdido o INTERESSE pelas coisas?**  □ Não □ Sim  **Você se sente uma pessoa INÚTIL, sem préstimo?**  □ Não □ Sim  **Tem tido ideias de ACABAR com a VIDA?**  □ Não □ Sim  **Sente-se CANSADO(a) o tempo todo?**  □ Não □ Sim  **Tem sensações desagradáveis no ESTÔMAGO?**  **Você se CANSA com facilidade?**  □ Não □ Sim  **Você gostaria de receber o contato de um especialista (PSICÓLOGO) para lhe ajudar com essas questões?**  □ Não □ Sim | |