

DR. SANKARAN'S CLINIC
G-3, Ground floor, Beach Haven 1, Wing 1
Near Ramada Inn Palmgrove Hotel
Juhu Tara Road, Juhu Beach
Mumbai 400049, India
Tel. no: (+ 91 22) 26103466 / 26103467
Alternate Tel no: 9322265836
Fax: 00 91 22 26130268

Email: info@sankaransclinic.com (for inquiries and appointments)
clinic@sankaransclinic.com (for follow-up patients)
Website: www.sankaransclinic.com

Formulário da consulta

Por favor, leia antes de preencher este formulário

Você tem que se sentir bem. Estamos aqui para escolher o melhor remédio para você. Para isso, dependemos da sua colaboração. Remédio homeopático é selecionado principalmente através dos sintomas que você nos informar. Se queremos fazer uma prescrição bem sucedida, temos que saber todos os detalhes da sua doença. Precisamos também compreender todas as suas características individuais. Isto inclui a sua reação a vários fatores, o seu passado e a sua história familiar e o seu perfil/característica mental.

Esta informação nos permite selecionar um remédio que remove a sua doença. O medicamento também fará bem a você como um todo.

A fim de descobrir tudo sobre você, te faremos muitas perguntas. Cada uma destas perguntas tem um sentido e um significado definido para nós. Não existe uma única pergunta que seja inútil. Mesmo que possa pensar que alguma coisa não está conectada com o seu problema, pode ser que seja o fator mais importante na decisão do medicamento homeopático correto. É por isso que você deve ser livre e franco e nos dê a máxima de informação possível sobre cada ponto. Por favor, leia atentamente cada questão, pense e, se necessário, consulte alguém perto de você e, em seguida, responda completamente. Não deixe qualquer coisa para trás. Lembre-se, tudo que nos disser permanecerá absolutamente em sigilo.

Este Questionário tem 8 partes:

1. Sobre o seu passado de enfermidades e da sua família. Por favor, tome tempo para responder esta parte com a ajuda dos membros da sua família antes de vir para nós.
2. História da sua doença atual.
3. Sobre todas as partes do seu corpo.
4. Trata dos fatores que afetam a sua saúde. Por favor, pense cuidadosamente sobre cada um dos fatores mencionados e escreva os efeitos específicos que eles têm sobre você.
5. Sobre o seu estado mental e a sua natureza emocional. Por favor, escreva nesta parte sobre a sua situação na vida e sobre todas as coisas que estão incomodando você. Seja totalmente franco(a) e aberto(a).
6. Sobre o seu sono e os seus sonhos.
7. Para crianças ou você como uma criança.
8. Nesta parte você recebe instruções sobre como fazer o relato de cada uma de suas queixas. Leia as instruções primeiro. Em seguida, faça uma lista das suas queixas e descreva cada uma delas de acordo com as instruções.

CONFIDENCIAL

Data:

Nome:

(Comece com o sobrenome)

Endereço :

Telefone : Residência :

Idade :

Vegetariano / Não Veg. / Ovo Veg.

Ocupação (Natureza do trabalho):

Referido a nós por:

Trabalho :

Sexo: Masculino / Feminino

Solteiro / Casado / Divorciado / Viúvo

Educação:

DOENÇAS ANTERIORES & USO DE DROGAS

Cada doença, intoxicação, droga ou acidente deixa sua marca e permanece como um ponto fraco no sistema, muito mais do que imaginamos. Tratamento homeopático leva em conta todos estes detalhes do passado e, portanto, remove todos os pontos fracos. Assim, seu corpo será fortalecido. É por isso que é necessário nos informar sobre todos os males que tenha sofrido no passado e os tratamentos aos quais tenha sido submetido.

Na lista abaixo, círculo em torno de nomes de TODAS as principais doenças que tenha sofrido até agora e na próxima página dê seus detalhes relevantes.

Tifo	Sarampo	Malária	Aborto
Cólera	Rubéola	Icterícia	Curetagem
Intoxicação alimentar	Variola	Qualquer	Doença na
Vermes	Varicela	Doença do fígado ou	Gravidez
Diarréia	Caxumba	Baço ou	Prolapso
Disenteria	Coqueluche	Vesícula biliar	uterino
Desnutrição	Alguma doença	Alguma cardiopatia ,	Nefrite (problema renal ou urinário)
Raquitismo	Doenças venéreas como	Pressão alta,	Diabete etc.
Reumatismo	Sífilis,	Labirintite	Problemas na Próstata
Dores nas costas	Gonorréia, etc		
Alguma cirurgia como de: Amígdalas , Abdome , Apêndice , Hérnia , Hemorróidas, Útero , Litíase Renal , Litíase Biliar, Fimose, Hidrocele , Catarata etc. Tipo de anestesia : general - local	Difteria, Amigdalite séptica , Adenoidite Recorrente infecciosa - Sinusite - Bronquite -Eosinofilia - Gripe - Resfriado . Pneumonia Asma -Pleurite–T.B.		Qualquer choque grave, angústia, decepção, transtorno mental, depressão ou colapso nervoso
Cefaléia crônica, dormência, Câimbras, Desmaio , Convulsão, Pólio, Paralisias etc. Meningite -Qualquer punção lombar já feita.	Qualquer acidente grave ou trauma no corpo ou na cabeça. Qualquer tempo de inconsciência. Qualquer hemorragia importante de qualquer parte do corpo.		Qualquer doença de pele como espinhas, bolhas, carbúnculo, tinhas, micoses, escabiose, eczema. Úlceras em qualquer parte do corpo.

Sofreu as doenças:	Idade aproximada	Duração	Está totalmente recuperado?	Medicamentos & tratamentos usados	Qualquer outra particularidade

Quaisquer observações adicionais :

Mencione qualquer droga, tônicos , estimulantes etc. que você tenha usado em qualquer momento da vida.

INFORMAÇÕES DOS FAMILIARES

Lista das principais doenças	Parentesco	Vivo/ falecido	Idade	Doenças	Causa da morte
	Anemia	Avô paterno			
Câncer	Avô materno				
Diabetes	Avó paterna				
Insanidade	Avó materna				
Reumatismo	Pai				
T. B. /Pleurisia	Mãe				
Lepra	Doenças sofridas				
Epilepsia/desmaios	Tios paternos				
Tendência a sangramento	Tias paternas				
Urticária	Tios maternos				
Eczema	Tias maternas				
Asma	Primos e primas paternos				
Paralisia	Primos e primas maternos				
Hipertensão					
Cardiopatias					
Doenças renais					
Doenças de fígado etc.					
	Algum dos seus parentes tem problemas semelhantes aos seus?				

* Quantos irmãos-irmãs na sua casa? (incluindo aqueles que faleceram, se houver).
 Dê informações sobre eles na tabela abaixo. Indique a sua posição escrevendo "EU".

SR.No.	Irmão/irmã	Vivo/falecido	Idade	Doenças sofridas
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

HISTÓRIA PESSOAL

*Sobre seu nascimento.

Sua mãe teve algum problema na gravidez?

Ela usou drogas durante a gravidez?Quais foram?

Houve alguma dificuldade no seu nascimento? Dê detalhes?

*Em que idade você começou:

Dentição		Controle da urina diurno Controle da urina noturno etc.	
Sentar			
Ficar de pé		Ingerir coisas não comestíveis como giz, cal, terra, tinta de caneta etc.	
Andar			
Falar		Algum outro problema no seu crescimento ou desenvolvimento.	

Marque (X) se já foi mordido por quaisquer dos animais como:

Cão		Rato		Serpente		Escorpião	
-----	--	------	--	----------	--	-----------	--

Mencione qualquer outro :

Já tomou anti-rábica ou anti-veneno ou qualquer outro tratamento ?

***Vacinação & Inoculações :**

Indique o número de vezes que foi vacinado pelas seguintes :

Varicela	Polio	Cólera	Sarampo
Tríplice	B.C.G.	Tifóide	Tétano

Houve reação ou algum problema particular depois de qualquer das vacinas of injeções?

Dê detalhes:

(se casado) Qual a saúde de seu marido/esposa:

*Número de filhos vivos e mortos, se mortos, liste as causas:

Mencione a idade das crianças e sua condição de saúde.

Nome dos filhos	Masculino/Feminino	Idade	Doenças sofridas

Qualquer aborto, espontâneo ou ao nascer?

Seus hábitos	Quanto
Fumar	
Rapé	
Mascar tabaco	
Álcool	
Chá	
Pílulas para dormir	
Laxativos /Purgantes	
Qualquer outro	

Queixas principais e outros problemas associados: (e história detalhada da doença atual, com datas do início e duração).

ORIGEM OU CAUSA: Você pode rastrear a origem de qualquer circunstância particular do acidente, da doença, do incidente ou distúrbio mental? (por exemplo, choque, preocupação, erros na dieta, exaustão, exposição ao frio, calor etc)?

APETITE E SEDE

Como é o seu apetite?

Quando você tem fome?

O que acontece se você precisa permanecer com fome por muito tempo?

Qual a rapidez com que você come?

Quanta sede você tem?

Em que momento específico você sente sede especialmente?

Você sente alguma mudança no seu paladar e sensação em sua boca?

Por favor, coloque um (X) se você gostar / ou não ou se a comida te desagrada. Coloque dois (XX), se você gosta muito / ou não gosta da comida ou se a comida te desagrada muito.

	Gosta	Não gosta	me faz mal			Gosta	Desgosta	me faz mal
Amargo					Ovos			
Sal extra					Comida picante			
Doce					Carne			
Azedo					Peixes			
Pão					Couve			
Manteiga					Cebolas			
Gordurosos					Comida ou líquidos quentes			
Leite					Comida ou líquidos frios			
Café					Frutas			
Terra/giz					Algo mais			

FEZES

- ✓ Você tem algum problema relativo às suas fezes?
- ✓ Quando e quantas vezes por dia você evacua?
- ✓ Quando é urgente?
- ✓ Você tem algum problema de evacuações?
- ✓ Tem que espremer para eliminar as fezes? Mesmo fezes moles?
- ✓ Tem arrotos ou elimina gases? Descreva suas características.
- ✓ Como você se sente depois da passagem dos gases para cima ou para baixo?

MICÇÃO & URINA

- ✓ Algum problema para urinar?
- ✓ Tem cheiro forte? Como o quê?
- ✓ Você já teve algum problema antes, durante ou depois de urinar?
- ✓ Alguma dificuldade quanto ao fluxo? Lento para iniciar, interrompido e fluxo fraco etc?
- ✓ Qualquer micção involuntária? Quando?

SUOR/TRANSPIRAÇÃO-FEBRE-CALAFRIO

- ✓ Quanto você sua?
- ✓ Onde e em que parte você sua mais?
- ✓ Você sua nas palmas das mãos ou solas dos pés?
- ✓ O suor é quente, frio, úmido, pegajoso, bolorento, gorduroso, enrijece o tecido etc?
- ✓ Qual é o cheiro? P.ex. desagradável, picante, azedo, úrico.
- ✓ De que cor ele mancha a roupa?
- ✓ A mancha é fácil de lavar ou difícil?
- ✓ Algum sintoma após a transpiração?
- ✓ Quando você tem febre ou calafrio?
- ✓ O que o provoca?
- ✓ Você já sentiu qualquer sensação de calor ou frio em qualquer parte do seu corpo, em qualquer momento específico?

TÓRAX-CORAÇÃO - RESFRIADO - TOSSE

- ✓ Você resfria com frequência? Em caso afirmativo, quantas vezes?
- ✓ Descreva os sintomas, a natureza da expectoração etc.
- ✓ Existe algum problema com seu peito ou coração?
- ✓ Existe algum problema com a sua voz ou da fala?
- ✓ Existe alguma dificuldade para respirar?
- ✓ Você tem tosse?
- ✓ Ela é mais intensa em algum momento específico?

ESFERA SEXUAL (GERAL)

- ✓ Alguma atividade excessiva no sexo no passado e no presente? Algum efeito sobre a sua saúde?
- ✓ Como você se sente depois da relação sexual?
- ✓ Algum sentimento especial ou sintoma aparecem antes, durante e depois da relação sexual?
- ✓ Você sofreu de algum distúrbio sexual?
- ✓ (Inclinação homossexual etc?)
- ✓ Algum hábito como (masturbação etc) no passado, bem como no presente? Com que frequência?
- ✓ Você já sofreu de alguma doença venérea?
- ✓ Sífilis? Gonorréia?
- ✓ Seu desejo sexual aumentou ou diminuiu?
- ✓ Qual é o método que você usa para o planejamento familiar?

PARA HOMENS

- ✓ Alguma dificuldade de ereção?
- ✓ Ereção desejada? Ereção indesejada?
- ✓ Ereção fraca? Falha na ereção? Descreva.
- ✓ Algum outro problema na área sexual? Descreva em detalhes.

PARA MULHERES

- ✓ Menstruação: Como são os períodos; regulares ou irregulares?
- ✓ Em que idade ela começou?
- ✓ Havia alguma dificuldade então?
- ✓ Mencione quantos dias de fluxo.
- ✓ Fluxo menstrual: Existe alguma mudança agora na quantidade, na cor, no cheiro ou consistência?
- ✓ As manchas são difíceis de lavar?

- ✓ Já reparou qualquer variação na qualidade e quantidade do fluxo durante a menstruação?
- ✓ Como e quando?
- ✓ Você tem algum sofrimento antes, durante ou depois da menstruação? Em caso afirmativo, descreva.
- ✓ Quais sintomas você sentiu durante a menopausa?
- ✓ Você sente as partes internas vindo abaixo?
- ✓ Existe alguma secreção esbranquiçada?
- ✓ Em caso afirmativo, mencione a natureza, a cor, a consistência e o cheiro da secreção.
- ✓ Quando e em que circunstância é mais ou menos.
- ✓ A secreção tem alguma relação com a menstruação?
- ✓ Qual é o efeito desta secreção no seu sentimento geral? Algum outro sintoma deu?
- ✓ Algum prurido, escoriação etc ocasionado pela secreção?
- ✓ Você tem algum gás proveniente da vagina?
- ✓ Algum problema com as mamas?

ALGUMA QUEIXA A RESPEITO DE:

- ✓ VERTIGEM- Você tem tonteiras - vertigens?
- ✓ DESMAIOS: Você costuma desmaiar?
- ✓ CABEÇA: Você tem dores de cabeça?
- ✓ OLHOS & Visão:
- ✓ OUVIDOS & audição:
- ✓ NARIZ & olfato:
- ✓ FACE & expressão facial:
- ✓ BOCA & paladar:
- ✓ Sobre lábios, boca, língua etc:
- ✓ DENTES, GENGIVAS p. ex. cárie dentária, sangramento gengival.
- ✓ Inchaço de gengivas:
- ✓ LÁBIOS: rachado, descamação da pele etc
- ✓ GARGANTA (incluindo as amígdalas):
- ✓ Qualquer dificuldade na deglutição?
- ✓ Você tem alguma dificuldade em suas COSTAS, MEMBROS ou ARTICULAÇÕES? Descreva em detalhes:
- ✓ Se você tem alguma dor, ela sofre alguma mudança?
- ✓ Em que direção ela se estende?
- ✓ Existe alguma queixa da pele: tal como prurido, erupções, úlceras, verrugas, calos, descamação etc? (Descreva seu nome)
- ✓ Qualquer alteração na cor da pele ou manchas em qualquer parte do corpo?
- ✓ Existe alguma queixa ou anormalidade das unhas ou da pele em volta?
- ✓ Existe alguma queixa sobre o cabelo como a queda, grisalho, caspa, secura, oleosidade, ou crescimento incomum, lento ou excessivo?
- ✓ A cicatrização das feridas é lenta?
- ✓ Forma quelóide? As feridas tendem a formar pus?
- ✓ Você tem tendência a sangrar?
- ✓ Seus problemas ocorrem de um lado só? Qual deles?
- ✓ Ou mais de um lado?
- ✓ Ou eles seguem de um lado ao outro?
- ✓ Ou eles se alternam ou modificam?
- ✓ Existe algum tremor? Quando?
- ✓ Existe alguma sensação de fraqueza? Onde?
- ✓ Quando é que mais ou menos intensa?
- ✓ Encontra-se em alguma parte do corpo em particular?

FATORES QUE TE AFETAM

Abaixo está uma lista de coisas às quais você é exposto. Cada um desses fatores pode afetá-lo de uma maneira particular. Por favor, escreva de que forma você é afetado por cada um dos seguintes. Você se sente pior, ou melhor, de qualquer forma por cada um dos fatores. De que forma elas afetam você.

Por exemplo, pegue o fator "Sol". Suponha que estando sob o sol você tenha uma dor de cabeça, então em seguida, escreva "Dores de cabeça" em oposição ao "Sol".

Pegue outro exemplo: se no clima quente você se sente desconfortável, escreva em seguida "desconfortável" em oposição a "Tempo Quente" na coluna.

Desta forma escreva o efeito de cada fator sobre você. Especialmente escreva o efeito que cada fator tem sobre as suas queixas principais. Por exemplo, se a sua principal queixa é a asma e ela piora quando deitado de costas, em seguida, o oposto de "deitado sobre as costas" escreva "asma piora."

Às vezes, um fator pode fazer você se sentir pior em alguns aspectos, e melhor em alguns outros aspectos. Por exemplo, o ar frio pode causar cefaléias, mas dores de cabeça podem fazer você se sentir melhor em geral. Se isto é assim, por favor, mencione claramente essa diferença.

Esta seção é mais importante. Não passe por ela apressadamente. Pense com cuidado sobre o efeito de cada fator antes de escrever.

	Efeito		Efeito
Clima quente		Andar a pé	
Clima frio		Correndo	
Tempo chuvoso		Subir escadas	
Templo nublado		Descer escadas	
Mudança de estação		Viajar de ônibus, carro, etc.	
Tempestade		Deitado	
Abrigado		Deitado de costas	
Banho quente		Deitado do lado esquerdo	
Sol		Deitado do lado direito	
Banho frio		Deitado sobre o abdome	
Deitado de cabeça para baixo		Beber	
Sentado		Após relação sexual	
Sentado ereto		Poeira	
De pé		Fumar	
Olhando para cima		Toque	
Olhando para baixo		Pressão	
Olhando para lugares altos		Massagem	
Olhando para objeto em Movimento		Roupa apertada	
Barulho		Antes de dormir	
Ruído súbito		Durante o sono	
Música		Depois de dormir	
Luz		Depois da sesta	
Cheiros fortes		Perda de sono	

Quando constipado		Antes de evacuar	
Antes de urinar		Durante a evacuação	
Durante a micção		Depois de evacuar	
Depois de urinar		Tossir	
Antes da menstruação		Espirrar	
Durante a menstruação		Rir	
Após a menstruação		Conversar	
Antes de transpirar		Ler	
Quando em jejum		Escrever	
Após comer		Parar	
Antes de compromisso importante		Passagem de gases	
Antes de exames		Após cortar cabelos	
Quando zangado		Pentear os cabelos	
Quando preocupado		Escovar os dentes	
Quando triste		Luar	
Após chorar		Bocejar	
Pelo consolo/simpatia		Fumar	
Numa multidão		Membros pendentes/caídos	
Numa sala fechada		Braços pendentes/caídos	
Ao pensar em doenças		Perto do mar	
Lua cheia/ lua nova		Barbear	
Pela manhã		Alongado/extendido	
À tarde		Engolir	
Ao anoitecer		Ouvindo os outros falarem	
À noite		Vomitando	
Banho		Bocejando	
Brisa aérea		Movendo os olhos	
Morder ou mastigar		Abrindo os olhos	
Assoando o nariz		Fechando os olhos	

Quando sozinho			Molhar os pés	
Quando em companhia			Comer muito	
Exercícios físicos			Trabalhar na água	
Arrotar			Abanando	

MENTE

Hoje é universalmente reconhecido que a sua mente tem uma enorme influência sobre o seu corpo. Para dar um tratamento adequado é necessário que possamos compreender a sua natureza emocional e intelectual. Podemos, assim, tratá-lo como um todo.

A fim de compreender você faremos algumas perguntas. Dê repostas livres, com cuidado e completas. Essas informações vão nos ajudar muito a lhe dar o remédio correto. Além disso o remédio contribuirá para melhorar a sua recuperação mental.

Responda livremente. Responda francamente. Responda completamente.

- ✓ Você é ansioso(a)? Sobre quais assuntos?
- ✓ Você tem medo de alguma coisa, como: animais, pessoas, ficar sozinho, escuridão, morte, doenças, ladrões, ruídos súbitos, trovão, do futuro, de algo desconhecido, lugares altos, etc?
- ✓ Você é inseguro(a) ou desconfiado(a)? De quê?
- ✓ De que você tem ciúmes?
- ✓ Ou de quem? Quais sintomas você apresenta quando sofre com ciúmes?
- ✓ Em que situações você fica impaciente?
- ✓ E apressado(a)?
- ✓ Quanto tempo você se lembra de feridas (mágoas) causadas pelos outros?
- ✓ Quão vingativo você é?
- ✓ De que você se sente orgulhoso(a)? Será que o seu orgulho chegar a machucar?
- ✓ Deprimido(a), cismado(a), remoendo, etc?
- ✓ Você alguma vez tentou suicídio? Quando?
- ✓ Se sim, de que forma você imaginou terminar com a sua vida?
- ✓ Mesmo então, você tinha medo de morrer?
- ✓ Quando você fica alegre?
- ✓ Você pensa frequentemente em sexo? (*sexual-minded*) ?
- ✓ Algum pensamento indesejados às vezes?
- ✓ Quais são?
- ✓ Tem alguma sensação ou medos imaginários?
- ✓ Você ouve vozes, ou que você é chamado, ou qualquer outra coisa nessa linha continua a acontecer em sua mente demasiadamente?
- ✓ Como é a sua memória?
- ✓ Para que ela é ruim? Por exemplo: nomes, lugares, rostos, o que você leu, etc
- ✓ Você chora facilmente?
- ✓ O que te faz chorar?
- ✓ Como você se sente depois de chorar?
- ✓ O que você sente quando alguém te oferece simpatia e consolo?
- ✓ Você é se irrita facilmente?
- ✓ O que o faz ficar zangado?
- ✓ Quais sintomas físicos você desenvolve quando zangado? Por exemplo: tremores, sudorese etc.
- ✓ Você gosta de companhia? Ou gosta de ficar sozinho?
- ✓ Quanto você fica seriamente afetado pela desordem e sujeira ao seu redor?
- ✓ Quais são os maiores pesares/tristezas que você já passou na sua vida?
- ✓ Quais são as maiores alegrias que já teve na vida?
- ✓ Quais as atividades que você gosta profundamente?
- ✓ Existe alguma questão que lhe desagrada profundamente?
- ✓ Em sua opinião, quais os aspectos da sua mente e humor não são aceitáveis para você?
- ✓ A despeito da sua consciência e maturidade, você é incapaz de conseguir alterar estes aspectos?
- ✓ Dá uma imagem clara da sua situação de vida e de seus relacionamentos com cada um de seus familiares, amigos e colegas no trabalho.
- ✓ Como é que o futuro lhe parece?

- ✓ Você está preocupado ou infeliz a respeito de alguma condição pessoal, familiar, econômica, social ou de qualquer outra coisa?
- ✓ Em caso afirmativo descrever em detalhes:

SONO

- ✓ Descreva sua postura no sono.
- ✓ De costas, lado, sobre o abdômen etc
- ✓ Você consegue dormir em qualquer posição?
- ✓ Em que posição você não consegue dormir?
- ✓ Durante o sono você:
- ✓ Ronca? Range dentes?
- ✓ Saliva? Transpira?
- ✓ Mantém os olhos ou a boca aberta?
- ✓ Anda? Fala? Geme? Chora?
- ✓ Fica inquieto? Acorda com movimento súbito e brusco? (sacudidela) Abalos musculares? (*jerk*)?
- ✓ Descrever se mais alguma coisa sobre o seu sono não é usual: (sonolento, insônia, etc. Em caso afirmativo quando?)
- ✓ O quanto você se cobre?
- ✓ Você tem que descobrir alguma parte?

Circule os tipos de sonhos que você tem

Animais Gatos - cahorros Cavalos Animais selvagens Serpentes	Bandidos Ladrões Ansiedade Apavorantes Fantasmas	Viajando Cavalgando Voando Nadando Afogando	Casas Frutas Árvores Água Neve	Morte de quem? Cadáveres Gente morta Partes de corpos Suicídio
Com fome Com sede Bebendo Comendo	Fogo Relâmpago Tempestade Chuva	Acidentes Caindo Tiro Guerras	Falando Cantando Dançando Agradável	Negócios Dinheiro Dia de trabalho Esquecendo o trabalho
Vomitando Evacuando Urinando Sangue - sangramento Excrementos / sujeira	Romântico Prazer sexual Estupro Nudez	Dor Doença Enfermidade Mutilações	Rezando Religioso Templo Igreja Deus	Fracasso / exames Esforços infrutíferos para algo Perdendo o trem Estar despreparado
Ofensas Chorando Vexame Disputa Ciúmes Insultos	Polícia Prisão Crime Assassinato Matar Envenenar	Infertúnios Insegurança Perigo Ser perseguido Por quem? -para que ?	Se qualquer outro, especifique no espaço abaixo:	
Com pessoas Crianças Festa Celebração Casamento	Eventos Antigos Recentes Futuro Profético	Esforço físico Esforço mental Fadiga Colorido Multi-Colorido		

PARA CRIANÇAS ou VOCÊ NA INFÂNCIA

(EM CASO DE ADULTOS)

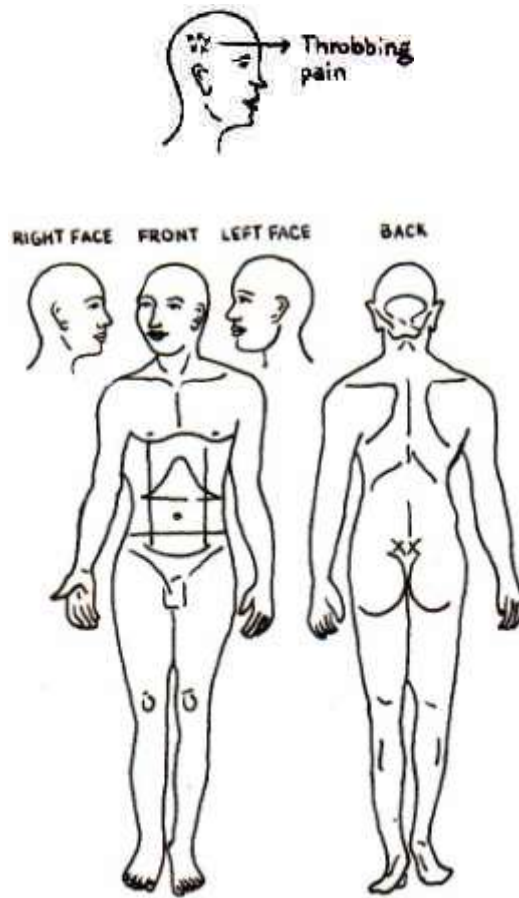
- 1) Assinalar uma vez a marca (X) se a criança ou você como criança tinha alguma das seguintes qualidades:

Marque duas vezes (XX), se forem mais intensas:

	Marque aqui		Marque aqui
Obstinação		Medos incomuns	
Petulância		Timidez	
Desobediência		Apego incomum (a que)	
Agressão		Hábitos como :-	
Hiperatividade		Roer unhas	
Destrutividade		Chupar o polegar	
Coragem		Pegar e brincar com:	
Possessividade		(a) partes do corpo da mãe	
Competição-espírito de luta		(b)xales, lenços	
Ciúmes de irmão(ã)		(c) qualquer outra coisa	
Alguma habilidade especial		Religioso	
Desejos incomuns (por)		Embotamento de memória	
Gabar-se		Lentidão (em que)	
Roubar		Preguiça /Indolência	
Falar mentiras		Sensível/Emotivo	

- 2) Por favor, escreva em detalhes, se a mãe sofreu de qualquer estresse físico ou emocional durante a gravidez. Descreva os sonhos Também tenho a mãe durante a gravidez.
- 3) Por favor, descreva quaisquer outros aspectos que sente são impressionantes sobre a criança.
- 4) Descreva um incidente de vida da criança quando ele / ela muito chateada.

Por favor, marque na figura abaixo a localização de seus problemas e escreva a exata sensação ou tipo de dor que você experimenta nestes pontos. Por exemplo, se você tiver dor latejante do lado direito da cabeça, então marque como mostrado.



POR FAVOR, DESCREVA EM DETALHES NAS PÁGINAS SEGUINTEs CADA UMA DAS SUAS QUEIXAS CONFORME FORAM DESCRITAS ANTERIORMENTE.

Queixa No.	Onde está o problema?	O que você sente ou tem exatamente ali?	Quais fatores melhoram ou pioram este problema?