

## FICHA DE ANAMNESE – ESPAÇO TERAPÊUTICO FLORES DO ORIENTE

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_. DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. RG: \_\_\_\_\_

- 1) É A PRIMEIRA VEZ QUE CONSAGRA A MEDICINA DA AYAUHASCA? NÃO(  ) SIM(  ).
- 2) PARA RESPOSTA NÃO, QUANTAS VEZES VC JÁ CONSAGROU? 1 / 2 / 3 / 4 / + 5 / + 10
- 3) QUAL FOI O ANO DA PRIMEIRA CONSAGRAÇÃO?
- 4) TEM ALGUM PROBLEMA FÍSICO? NÃO(  ) SIM(  ). QUAL? \_\_\_\_\_
- 5) TEM ALGUM PROBLEMA DE PRESSÃO? NÃO(  ) SIM(  ). BAIXA (  ) ALTA (  )
- 6) ALGUM VICIO? NÃO(  ) SIM(  ). QUAIS? \_\_\_\_\_
- 7) TOMA MEDICAMENTOS? NÃO(  ) SIM(  ). QUAIS? \_\_\_\_\_
- 8) ALGUM SINTOMA OU EXPERIÊNCIA PARANORMAL? NÃO(  ) SIM(  ).
- 9) PERTURBAÇÕES MENTAIS? NÃO(  ) SIM(  ).
- 10) SINDROME DO PÂNICO? NÃO(  ) SIM(  ).
- 11) SENSAÇÃO DE SER AMEAÇADO OU PERSEGUIDO? NÃO(  ) SIM(  ).
- 12) TEVE OU TEM DEPRESSÃO? NÃO(  ) SIM(  ).
- 13) TEVE OU TEM ANSIEDADE? NÃO(  ) SIM(  ).
- 14) TEM ALGUM TRAUMA DE INFÂNCIA QUE VC RECONHEÇA? NÃO (  ) SIM (  ).
- 15) JÁ ESTEVE EM ALGUM TRABALHO ESPIRITUAL ANTES? CONTE SUA EXPERIENCIA OU CASO NÃO TENHA IDO, CONTE A SUA EXPECTATIVA PARA ESTE TRABALHO.

---

---

---

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS.

ASSINATURA \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

LOCAL \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.