6 MODELOS PARA IMPRIMIR

Diário de Sintomas

Fichas simples para acompanhar o que você sente e chegar à consulta com informações mais organizadas.

ESCOLHA A FICHA QUE FAZ SENTIDO PARA VOCÊ

01 **Sintomas gerais**
Frequência e intensidade

02 **Humor e emoções**
Padrões ao longo dos dias

03 **Ansiedade**
Situações e gatilhos

04 **Sono e descanso**
Horários e qualidade do sono

05 **Sintomas físicos**
Dor e desconfortos

06 **Tratamento**
Evolução e dúvidas

COMO USAR

Preencha as fichas que forem úteis, de preferência logo após perceber um sintoma. Leve seus registros à consulta. Não é necessário preencher tudo.

Uso pessoal e informativo. Este material não substitui diagnóstico, orientação ou atendimento de profissionais de saúde.

Diário geral de sintomas

Para registrar qualquer sintoma e explicar melhor quando ele aparece.

Nome (opcional): _____ Período: _____

Como preencher: Use uma linha por episódio. Intensidade é sua percepção pessoal, de 0 (nenhum) a 10 (muito intenso).

Data / hora	Sintoma principal	Intensidade 0–10	Quanto durou	O que acontecia?

Mudanças ou padrões que percebi:

Humor e emoções

Uma visão de sete dias para observar mudanças de humor e situações associadas.

Nome (opcional): _____ Período: _____

Como preencher: Escreva o sentimento mais presente no dia. A nota de humor é subjetiva: 0 (muito ruim) a 10 (muito bom).

Dia / data	Humor 0–10	Emoção mais presente	O que aconteceu?	O que ajudou?

O que se repetiu nesta semana:

Ansiedade e gatilhos

Um espaço para registrar episódios de ansiedade sem julgamentos ou conclusões precipitadas.

Nome (opcional): _____ Período: _____

Como preencher: Descreva fatos observáveis. Se não identificar um gatilho, escreva “não sei”.

Data / hora	Situação / contexto	Sinais e sensações	Intens. 0–10	Duração

Algo que ajudou ou que quero perguntar na consulta:

Sono e descanso

Acompanhe horários e qualidade percebida do sono durante uma semana.

Nome (opcional): _____ Período: _____

Como preencher: Preencha horários aproximados. “Energia” vai de 0 (sem energia) a 10 (muita energia).

Data	Fui para a cama	Adormeci (aprox.)	Acordei às	Desper-tares	Energia 0–10

Hábitos e situações que podem ter influenciado o sono:

Sintomas físicos

Registre desconfortos corporais com informações que facilitem sua descrição.

Nome (opcional): _____ Período: _____

Como preencher: Indique onde sentiu o sintoma e como ele era (por exemplo: pressão, pontada ou cansaço).

Data / hora	Local e tipo de sintoma	Intens. 0–10	Duração	Contexto / observações

Outros sinais ou dúvidas para a avaliação:

Tratamento e evolução

Organize informações para conversar sobre recomendações, efeitos e acompanhamento.

Nome (opcional): _____ Período: _____

Como preencher: Registre somente aquilo que foi orientado ou que você realmente fez; medicações devem ser usadas conforme prescrição.

Data	Medicamento / cuidado	Dose / horário*	O que percebi?	Dúvidas

* Quando houver medicamento prescrito.

Questões para confirmar com o profissional:

Antes da consulta

Use esta página para organizar o que gostaria de contar. Não é necessário preencher todos os itens.

INFORMAÇÕES QUE PODEM AJUDAR

- [ ] Quando os sintomas começaram
- [ ] Quais são os três sintomas principais
- [ ] Com que frequência aparecem
- [ ] Quanto tempo duram e qual a intensidade
- [ ] Quais situações pioram ou ajudam
- [ ] Como estão o sono, o apetite e a energia
- [ ] Como estão o trabalho, os estudos e as relações
- [ ] Quais tratamentos e medicamentos já utilizei
- [ ] Outras condições ou informações de saúde relevantes
- [ ] Dúvidas e receios que quero compartilhar

TRÊS PERGUNTAS QUE QUERO FAZER

1. _____
2. _____
3. _____

SE EU FICAR NERVOSO(A), POSSO COMEÇAR ASSIM:

“Trouxe algumas anotações porque tenho dificuldade de explicar o que estou sentindo. Gostaria de começar pelo que mais está atrapalhando meu dia.”

Em caso de risco imediato de se machucar ou de machucar outra pessoa, procure atendimento de emergência. Não espere a consulta agendada.