

# Questionário de Assistido

Ponto de Atendimento Método Kovacsik Londrina

Início de Tratamento MK: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## DADOS PESSOAIS

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Oi de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Cuidador (se houver): \_\_\_\_\_

Fone do cuidador: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES CLÍNICAS

### Diagnóstico médico sobre o Câncer:

---

---

---

---

### Histórico do tratamento:

---

---

---

---

**Data do primeiro diagnóstico (pode ser ano):** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Início do Tratamento médico:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_ kg    **Estatura:** \_\_\_\_\_ cm

**Saúde geral:** ( ) Nada bem    ( ) Regular    ( ) Muito bem    ( ) Ótimo

**Alimentação:** ( ) Excelente - Dieta balanceada e variada    ( ) Boa - Alimentação adequada na maioria das vezes    ( ) Regular - Alimentação básica, algumas deficiências  
( ) Ruim - Alimentação inadequada ou restrita    ( ) Dieta especial - Restrições médicas  
( ) Dificuldade para engolir    ( ) Perda de apetite

**Qualidade do sono:** ( ) Excelente - Dorme bem, 7-8h por noite    ( ) Boa - Dorme bem na maioria das noites    ( ) Regular - Algumas dificuldades para dormir    ( ) Ruim -  
Frequentes problemas de sono    ( ) Muito ruim - Insônia severa

**Estado emocional:** ( ) Muito bem - Equilibrado e positivo    ( ) Bem - Geralmente  
estável    ( ) Regular - Altos e baixos normais    ( ) Ansioso - Preocupações frequentes  
( ) Deprimido - Sentimentos de tristeza    ( ) Estressado - Tensão constante  
( ) Desesperançoso - Sem perspectivas    ( ) Medo - Receios sobre a condição

**Histórico do tratamento:**

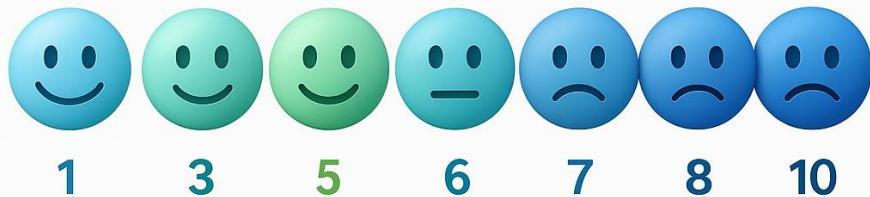
---

---

---

---

**Possui dor? Se sim, como classifica o nível de dor:**



1 = Sem dor / 10: Pior dor imaginable

**Descreva mais sobre sua dor (Características, localização, intensidade, fatores que pioram ou melhora):**

---

---

---

---

**Como soube da nossa terapia?**

- ( ) Indicação médica ou profissional de saúde    ( ) Por meio de familiar ou amigo  
( ) Rede social – Youtube, Instagram, Tiktok    ( ) Outro:

**Qual é a sua principal expectativa com o tratamento?**

---

---

Assinatura do terapeuta/voluntário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_