

Templo Alvorecer

ENTREVISTA / ANAMNESE FICHA CADASTRAL E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Os dados pessoais aqui informados serão totalmente confidenciais.

Responda com total honestidade.

Preencha e nos envie escaneado via whatsapp ((15) 99600-1992 Helder Jr) e traga no dia do trabalho.

Nome:

Data de nascimento: / /

Filiação:

RG: Órgão Expedidor:

CPF:

Escolaridade:

Endereço: Rua: n°

Bairro: Cidade: Estado:

Telefone: (.....) - Celular: (.....) -

E-mail:

1. Vida Familiar

Estado civil ou de convivência:

Tem filhos? Quantos?

Mora com:

2. Vida Profissional

Atividade profissional:

Você gosta do que faz?

Você se sente estável em seu trabalho?

Outras atividades:

3. Saúde e Comportamento

Você já teve alguma doença grave? Qual? Quando?

Já fez alguma cirurgia? Qual? Quando?

Tem atualmente algum problema de saúde? Qual (cérebro, fígado, coração, pulmão, pressão, etc)?

Tem problemas cardíacos?

Tem diabetes?

Úlceras?

Outros?

Está grávida? De quantos meses?

Sua pressão arterial é:

- ☐ Baixa
- ☐ Alta
- ☐ Normal

Qual a data do seu último exame de Eletrocardiograma?

Seu estado atual é:

- | | |
|--|--|
| ☐ Depressivo (a) | ☐ Irritado (a) |
| ☐ Ansioso (a) | ☐ Alegre (a) |
| ☐ Calmo (a) | ☐ Falta de concentração |
| ☐ Preocupado (a) | ☐ Com insônia |
| ☐ Angustiado (a) | ☐ Irrequieto (a) |
| ☐ Desmotivado (a) | ☐ Normal |

Está fazendo algum tipo de tratamento? Qual?

.....

Se está, que remédios tem tomado e qual a dose?

.....

Este(s) medicamento(s) é (são) indicado(s) para:

.....

Consideramos ser contra-indicado o uso do Santo Daime para pessoas com personalidades esquizóides e pré-psicóticas; neuróticos com instabilidade de identidade e níveis altos de ansiedade, como síndrome do pânico.

É também contra-indicado para usuários de antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina; antidepressivos tricíclicos, de efeito dual ou complexo; substâncias de mecanismo de ação não muito bem estabelecido; inibidores da monoamina oxidase e também substâncias psicoestimulantes, por possuírem efeitos hipertensivos.

Por isso faz-se necessário que você indique se faz uso ou usou recentemente, principalmente nos últimos três dias, algum destes medicamentos ou princípios ativos:

Marque um x nas opções que forem sim.

- | | |
|---|--|
| ☐) ANFETAMINAS | ☐) IMIPRAMINA (TOFRANIL) |
| ☐) ANTIDEPRESSIVOS | ☐) LÍTIO (CARBOCLIM, LITIOCAR, NEUROLITHIUM) |
| ☐) BARBITÚRICOS | ☐) MALEATO DE MEPIRAMINA |
| ☐) BIOZAC | ☐) MEDICAMENTOS DE TARJA PRETA |
| ☐) CALMANTES | ☐) MOCLOBEMIDE |
| ☐) CARBAMAZEPINA (TEGRETOL) | ☐) MODERADORES DE APETITE |
| ☐) CEBRILIN | ☐) NARIDRIN |
| ☐) CITALOPRAN (CIPRAMIL, DENYL) | ☐) NITRATO DE NAFAZOLINA |
| ☐) CLOMIPRAMINA (ANAFRANIL) | ☐) NORTEC |
| ☐) CLORIXETIN | ☐) PAROXETINA (AROPAX, CE-BRILIN, PONDERA) |
| ☐) DAFORIN | ☐) PLASIL (CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA) |
| ☐) DESIPRAMINA (NORPRA-MINA) | ☐) PSIQUIAL |
| ☐) DEPRESS | ☐) POLARAMINE DESCLORFENIRAMINA |
| ☐) DRAMIN, DRAMANIT (DIMENIDRINATO) | ☐) REBOXETINA |
| ☐) EUFOR | ☐) RITALINA |
| ☐) FENELZINA (NARDIL) | ☐) SERTRALINA (NOVATIV, SERCERIN) |
| ☐) FLUOXETINA (PROZAC) | ☐) SOSTAC |
| ☐) FLOUXETIN | ☐) SONÍFEROS |
| ☐) FLUOXIL | ☐) TRANILCIPROMINA (PARNATE, STELAPAR) |
| ☐) FLUOXON | ☐) TOLREST |
| ☐) FLUOZET | ☐) TOFRANI |
| ☐) FLUOXENE | ☐) VENLAFAXINA (EFEXOR) |
| ☐) FLUXTINA | ☐) VEROTINA |
| ☐) FLUXOVAMINA | ☐) VITAMINA B6 (PIRODIXINA) |
| ☐) HALDOL | ☐) ZOLOFT |
| ☐) HALOPERIDOL | |

Você bebe? Se sim, com que frequência?

Você consome ou já consumiu algum tipo de drogas? Qual? Com que frequência?

.....
.....

Você acha que o seu uso de bebidas ou drogas trouxe prejuízos à sua vida? Quais?

.....
.....

Já sentiu dificuldades em controlar algum desses vícios?

4. Problemas Psicológicos

Você ou alguém da sua família possuiu ou possui distúrbios psicológicos?.....
Quem?.....
Qual problema?.....

De 1 a 10, sendo 1 muito pouco e 10 exagerado, em que nível esse problema existe hoje?.....

Você ou alguém da sua família já foi internado em alguma instituição psiquiátrica?

Sim (.....) Não (.....)

Se sim:

Quem?

Onde?

Porque?.....

.....

Alguns desses sintomas abaixo estão presentes na sua família?

() problemas do coração () esquizofrenia () alcoolismo

Em que grau de parentesco?

Você já teve algum tipo de surto? Se sim, como foi?

.....

.....

Você já teve a experiência de ver ou ouvir coisas que os outros não podiam ver ou ouvir?

Vê vultos?

Já teve alguma passagem marcante como sensação de morte, projeções, desdobramentos, regressões ou outros?

Se sim, como foi?

.....

.....

.....

Você já teve a sensação de estar sendo perseguido ou já se sentiu ameaçado por alguém?

.....

Você já teve a sensação de não conseguir ordenar os pensamentos em sua cabeça, por horas ou dias?

Você já viveu alguma situação em que seus pensamentos estavam muito acelerados, que você não conseguia acompanhá-los?

Se você fosse convidado a fazer um laudo psiquiátrico para verificar se possui algum distúrbio psicológico, como você se sentiria?.....

.....

5. Quais destes problemas existem em sua casa?

Alcoolismo () Consumo de drogas () Doenças () Brigas constantes ()
Instabilidade econômica () Problemas legais () Problemas Psicológicos ()
Outros ()

6. Relação com Autoridade

Em relação a autoridade, você é mais rebelde ou mais legalista?

.....

De 0 à 10 (sendo 0 péssimo e 10 excelente) qual a nota que você dá para sua relação com seu Pai () e sua Mãe () ?

Você tem facilidade ou dificuldade em obedecer regras?.....

7. Reatividade e Agressividade

De 0 à 10, quanto você se considera reativo (pavio curto)?.....

Você já brigou fisicamente com alguém? Se sim, quantas vezes? Por quê?

.....

.....

8. Espiritualidade

Você atualmente pratica alguma religião? Qual? O que busca em sua prática religiosa?

.....

.....

Pratica algum tipo de meditação ou prática espiritual? Qual?

Tem algum grau de mediunidade? É possível descrever?

.....

.....

.....

Segundo seus próprios critérios, já teve alguma experiência espiritual marcante?

.....

Como foi?

.....

.....

.....

.....

Você acredita que o desenvolvimento espiritual possa lhe ajudar? Em que?

.....
.....
.....

Já teve contato com o Santo Daime?

Como soube do santo daime?.....

Acredita que o santo daime possa ser útil a você? Em que?

.....
.....
.....

Trabalho de iniciação: Data: / /

O que está buscando neste ritual?

Religião; (.....)

Autoconhecimento; (.....)

Espiritualidade; (.....)

Curiosidade; (.....)

outros qual?

9. Observações Gerais (se quiser incluir)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Entrevistador

10. Declaro que:

(.....) Sou Fardado da Doutrina e frequento a Igreja:

.....

(.....) Não sou Fardado, mas frequento a Igreja:

.....

(.....) Estou tomando o Santo Daime pela primeira vez e quem me convidou foi:

.....
(nome da pessoa que o convidou)

Assinatura do responsável (convite):

.....

Por quem soube deste ritual?

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, venho de livre e espontânea vontade solicitar o ingresso às sessões espirituais com o Santo Daime, no “Templo Alvorecer”.

Declaro que participei da reunião obrigatória, onde tomei ciência da natureza destes trabalhos, bem como da preparação pedida, que me foi solicitado nos três dias anteriores ao trabalho não utilizar qualquer tipo de droga ilícita, fazer 3 dias de abstinência de álcool e da condição expressa de permanecer no Templo, entregue ao Deus interior até o fechamento do RITUAL, assim como da proibição de portar ou usar quaisquer substâncias proscritas pela Lei penal brasileira, bebidas alcoólicas, armas brancas ou de fogo.

Declaro ter passado por anamnese prévia e irei mantê-la atualizada mesmo após esse trabalho, estar ciente de que o Chá do Santo Daime é um amplificador de Consciência, estar ciente de que é proibido fumar, usar drogas, ou beber álcool nas dependências da Casa, ter conhecimento de que é proibido ir embora durante a realização do ritual, ter conhecimento de que devo me alimentar e aguardar pelo menos 40 minutos para me retirar das dependências do local, após o término do trabalho, e só fazê-lo se realmente estiver me sentindo bem, estar ciente de que não devo me ausentar do salão durante o ritual.

Declaro também que sou maior de idade, plenamente capaz, que estou em pleno gozo das minhas faculdades mentais, e que vim tomar o Chá do Santo Daime por livre e espontânea vontade, me responsabilizando pelas consequências da ingestão desta Sagrada Bebida.

Declaro que obedecerei a todas as determinações dos cuidadores e do Diretor dos trabalhos, que contribuirei para os custos de obtenção do Santo Daime e da manutenção da igreja (fixados na secretaria) e que não estou suspenso dos trabalhos pelas diretorias de quaisquer Centros.

Declaro ainda que, não fiz uso nas últimas 72 horas de quaisquer dos medicamentos, bebida alcoólica, ou similares anteriormente citados ou de droga ilícita.

Declaro estar ciente de que todas as medidas acima são para minha segurança e conforto.

Por fim, declaro que TODOS os dados acima preenchidos são verdadeiros.

Sorocaba, de de

.....
Assinatura

.....
Nome completo

Só será permitida a participação de menores de idade, com a autorização dos pais ou responsável.

.....
Assinatura do pai ou responsável

.....
Entrevistador