

<h2 style="text-align: center;">Anamnesi Psicologica</h2> <p style="text-align: center;">a cura di Alessandra Bramante</p>	Cognome e nome _____
	Data di nascita _____
	Data compilazione _____
	Settimana di gestazione _____
	Mese postpartum _____

Luogo di nascita: ☐ Italia ☐ Estero **Se nata all'Estero:** da quanti anni è in Italia? _____

Residenza: _____

Stato civile: ☐ Nubile ☐ Coniugata ☐ Convivente ☐ Separata ☐ Divorziata ☐ Vedova

Titolo di studio: ☐ Elementare ☐ Media inferiore ☐ Diploma ☐ Laurea triennale ☐ Laurea

Status socioeconomico: ☐ Alto ☐ Medio ☐ Basso

Occupazione lavorativa: ☐ Precaria ☐ Stabile ☐ Casalinga

Situazione lavorativa attuale: ☐ Lavora ☐ Maternità ☐ Perdita lavoro ☐ Demansionamento ☐ Altro _____

Le capita di sentirsi irritabile e/o triste prima del ciclo mestruale? ☐ Sì ☐ No

Aborti spontanei precedenti: ☐ Sì ☐ No **Se sì, in che anno?** _____

Se sì: ☐ prima della 28° settimana ☐ dopo la 28° settimana

Interruzioni volontarie di gravidanza precedenti: ☐ Sì ☐ No **Se sì, in che anno?** _____

Procreazione Medicalmente Assistita: ☐ Nessuna
☐ Inseminazione Intrauterina (IUI)
☐ Inseminazione Intraperitoneale (IPI)
☐ FIVET
☐ Fecondazione Microassistita (ICSI)

Primipara: ☐ Sì ☐ No

Se No, specificare il numero di figli _____ Età figli _____

Se ha altri figli: ha avuto problemi fisici durante le gravidanze precedenti? ☐ Sì ☐ No

Se sì, di che tipo? _____

Se ha altri figli: ha avuto complicazioni durante i parti precedenti? O Si O No

Se sì, di che tipo? _____

Se sì, in che anno? _____

Se ha altri figli: ha avuto un parto pretermine? O Si O No

Se sì, a che settimana è nato il bambino? _____

Questa gravidanza è stata? O Programmata O Inattesa ma desiderata O Inattesa non desiderata

Ha avuto problemi fisici durante l'attuale gravidanza? O Si O No

Se sì, di che tipo? _____

Attualmente fa uso di alcol, sostanze stupefacenti o tabacco? O Si O No

Se sì, quale sostanza? O Alcol O Sostanze stupefacenti O Tabacco

Si sono verificati eventi di vita stressanti (lutti, perdita del lavoro, malattie in famiglia, ecc.) durante la gravidanza o poco prima? O Si O No

Se sì, quale evento? _____

Soffre o ha sofferto in passato di problemi alla tiroide? O Si O No

Se sì, di quale disturbo? _____

Se sì, quando? _____

Ha sofferto in passato di depressione, ansia o altri disturbi psichiatrici? O Si O No

Se sì, di quale disturbo ha sofferto? _____

Ha fatto un percorso con un professionista? O Si O No

Se sì, di che tipo? O Psicoterapia O Farmacoterapia O Entrambe

E' stata mai ricoverata in una struttura psichiatrica? O Si O No

Qualcuno dei suoi parenti soffre di una malattia psichiatrica? O Si O No

Se sì, chi ne soffre? _____

Se sì, di quale disturbo? _____

Ha subito qualche forma di violenza (fisica, psicologica, sessuale) durante la gravidanza? O Si O No

Se sì, quale tipo di violenza? _____

Attualmente ritiene di avere una buona rete di supporto? O Si O No

Vuole aggiungere qualcosa? _____