

Client Service Reciept Interview

Todas as questões são relativas aos últimos 6 meses

1.1 Entrevistador

--	--	--

1.2 Data da entrevista

DIA		MÊS		ANO	

IDENTIFICAÇÃO

1.3 Nome do paciente

Caso N°

--	--	--

1.4 Data de nascimento

DIA		MÊS		ANO	

1.5 Gênero

(Homem 1; Mulher 2)

1.6-a Naturalidade:

Cidade: _____ EST:

1.6-b Há quanto tempo em São Paulo?

1.7 Estado civil

Codifique

- (1) Solteiro
- (2) Casado
- (3) Viúvo
- (4) Separado/divorciado
- (5) Amasiado

Código

1.8a Escolaridade

Codifique

- (1) 1º Grau
- (2) 2º Grau
- (3) Superior
- (4) Pós-Graduação

Código

1.8b Qual o último ano de escolaridade completado:

1.9a Exerceu alguma ocupação nos últimos seis meses:

(SIM 1; Não 2)

1.9b Se não, há quanto tempo parou de trabalhar :

Acomodação

2.1 Detalhes da acomodação dos últimos 6 meses

	ATUAL	OUTROS
NOME E ENDEREÇO		
TEMPO DE PERMANÊNCIA/DATA		
TIPO DE ACOMODAÇÃO VER CARTÃO 2.1		
NÚMERO DE CÔMODOS (EXCLUIR BANHEIRO)		
NÚMERO DE OUTROS RESIDENTES		
NÚMERO TOTAL DO STAFF DO DIA *		
NÚMERO TOTAL DO STAFF DA NOITE *		
GERENCIADO POR (NOME) VER CARTÃO 2.1		
TOTAL DE DESPESAS (REAIS POR MÊS/SEMANA)		
CONTRIBUIÇÃO DO PACIENTE (REAIS POR MÊS/SEMANA)		
FONTE DA CONTRIBUIÇÃO DO PACIENTE VER CARTÃO 2.1		

** Esta questão só poderá ser respondida por pacientes que vivem em acomodação especializada (não hospitalar)*

3.3a .QUANDO TRABALHANDO, QUANTOS DIAS O PACIENTE TEVE DE LICENÇA MÉDICA DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS SEIS MESES?

3.3b QUANTOS DESTES DIAS DE LICENÇA FORAM POR CAUSA DOS PROBLEMAS MENTAIS?

Finanças

4.1 O PACIENTE RECEBE ATUALMENTE ALGUM BENEFÍCIO SECURITÁRIO SOCIAL?
(codifique: sim [1]; não [2])

Se sim, liste detalhes abaixo (veja cartão 4.1).* marque "e" se for estimativa

BENEFÍCIO	QUANTIA POR MÊS	PERÍODO DE RECEBIMENTO
TOTAL QUE RECEBE POR MÊS		

4.2 O PACIENTE RECEBEU OUTROS BENEFÍCIOS NESTES SEIS MESES? POR FAVOR INDIQUE A QUANTIA DE EMPRÉSTIMO.

* Marque "e" se estimativa

se sim, liste os detalhes abaixo:

BENEFÍCIO		
BENEFÍCIO	QUANTIA POR MÊS	PERÍODO DE RECEBIMENTO
TOTAL QUE RECEBE POR MÊS		

4.3 O PACIENTE TEM OUTRAS FONTES DE RENDA?

(codifique: sim [1]; não [2])

se sim, aproximadamente qual o total que recebe por mês?

qual a fonte desta renda?

Cartão 2.1

Itens sobre acomodação

Tipo de acomodação

1 _____

11 *Casa própria*

12 *aluguel*

13 *"Cingapura"*

14 *"Invadida"*

19 *Outras* _____

2 _____

21 *Rua*

22 *Pensão*

23 *Cortiço*

24 *Favela*

29 *Outros* _____

3 *Pensão Protegida*

4 _____

41 *Casa de repouso*

42 *Lar abrigado*

49 *Outros* _____

5 _____

51 *Enfermaria*

52 *Hospital noite*

53 *Hospital particular*

59 *Outros* _____

Fontes de renda do paciente

1 *Seguro social*

2 *Próprios*

3 *Parentes*

4 *Amigos*