DBT: TREINAMENTO INTENSIVO

Pedido de Inscrição | Grupo

Parte I, de 26 a 30 de Outubro de 2015 – Parte II, abril de 2016

Porto Alegre, Brasil

**Por favor, preencha o pedido de inscrição (do grupo) e envie para treinamentodbtbrasil@gmail.com**

**informações do grupo**

**Nome do Grupo / Departamento (agência):** Enter your team name and/or Department.

**Empresa(s) / Agência(s) – se aplicável:** Enter the name of your organization or agency.

**Pessoa para Contato no Grupo:** Enter best point of contact, email and phone number.

**Nomes dos membros do Grupo:** (máximo 8 pessoas, incluindo o líder)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome** | **Liste todas as funções previstas no programa de DBT** (ex.: treinamento de habilidades, coach, terapia individual, farmacoterapia) |
| Team Member 1. | Enter role. |
| Team Member 2. | Enter role. |
| Team Member 3. | Enter role. |
| Team Member 4. | Enter role. |
| Team Member 5. | Enter role. |
| Team Member 6. | Enter role. |
| Team Member 7. | Enter role. |
| Team Member 8. | Enter role. |

**Por que o seu grupo está em busca do Treinamento Intensivo em DBT neste momento?**

Click here to enter text.

**Há quanto tempo os membros do grupo se conhecem?**

Click here to enter text.

**Há quanto tempo os membros do grupo trabalham juntos?**

Click here to enter text.

**Liste uma ou duas metas específicas que seu grupo possui para o treinamento.**

Click here to enter text.

**Descreva o seu plano para os seus encontros de consultoria em DBT em grupo (horário, local, função).**

Click here to enter text.

**Descreva o seu plano para a realização de avaliação de programas / pesquisa sobre seus serviços de DBT.**

Click here to enter text.

**A inscrição no Treinamento Intensivo em DBT é competitiva. Qual outra informação você gostaria de fornecer sobre o seu grupo, a fim de dar suporte ao pedido?**

Click here to enter text.

**Programa**

**Serviços atualmente fornecidos pela sua organização (marque todos que se aplicam):**

Tratamento de Comunicação Assertiva

Gerenciamento de Caso

Intervenção de Crise

Aconselhamento: Drogas / Álcool

Distúrbios Alimentares

Grupo Psicoeducacional

Grupo Psicoterapêutico

Psicoterapia Individual

Farmacoterapia

Treinamento de Habilidades

Treinamento/Educação/Suporte a familiares

Treinamento/Educação/Suporte a outros profissionais

Outros (descreva) Please describe.

**Definições nas quais seu grupo trabalha (marque todas que se aplicam):**

Programa de Dependência Química

Serviço de aconselhamento universitário

Centro de saúde mental para a comunidade

Programa de Developmental disability

Educação elementar / secundária

Serviço forense / correcional

Group home

Prática independente / privada

Hospitalar

Programa integrado de co-ocorrência de distúrbios

Tratamento intensive / hospitalização parcial

Ambulatorial

Facilidade residencial

**População com quem seu grupo trabalha (marque todas que se aplicam):**

Crianças

Adolescentes

Adultos

Geriátrica

LGBT

Homens

Mulheres

Minorias étnicas

Populações de baixa renda

**Por favor, informe o número aproximado de pacientes atendidos por semana pelo seu grupo:**

#/week. Número total de pacientes

#/week. Pacientes com distúrbio de personalidade borderline

#/week. Pacientes suicidas crônicos (ex., ideias cronicas de suicídio, repetitivas tentativas)

#/week. Self-injuring clients (i.e., self-harm without intent to die)

#/week. High utilizers of crisis services (e.g., ED, inpatient psychiatry)

**Como você soube sobre o Treinamento?**

Colega ou amigo

E-mail

Correio

BTECH (algum outro treinamento)

Mídia social (facebook, twitter, instagram)

Trabalho social

Site

Outro