

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO**  
Favor enviar este formulário assinado para o Espaço da Mente

Nome do Supervisionando:

Endereço

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

E-mail:

Data \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ local \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ N1: \_\_\_\_\_

**SESSÕES DE SUPERVISÃO**

	DATA	HORAS	ASSINATURA SUPERVISOR
1ª	___/___/___	_____	_____
2ª	___/___/___	_____	_____
3ª	___/___/___	_____	_____
4ª	___/___/___	_____	_____
5ª	___/___/___	_____	_____

**SUPERVISIONANDO:** Quando você tiver completado ao menos 5 horas de supervisão, por favor, avalie a experiência da supervisão.

**Avalie os seguintes itens de 1 (menos) a 5 (máximo).** Obrigado pelo *feedback*.

___ Utilidade da supervisão para atingir os objetivos esperados.	1	2	3	4	5
___ Sua confiança em usar o EMDR com seus pacientes.	1	2	3	4	5
___ A supervisão aumentou a confiança.	1	2	3	4	5

Sugestões para melhorar o uso de o uso de supervisão de casos no programa de treinamento.

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_