

FICHA DE CADASTRO DA GESTANTE HAITIANA

IDENTIFICAÇÃO/ DADOS SOCIECONÔMICOS									
NOME DA GESTANTE				APELIDO/ NOME SOCIAL				DATA	
NOME DO CÔNJUGE				APELIDO/ NOME SOCIAL				FONE	
IDADE		FONE			DATA DE NASCIMENTO			ESTADO CIVIL	
ENDEREÇO						BAIRRO			
PONTO DE REFERÊNCIA				DISTÂNCIA APROXIMADA DA UBS			PROFISSÃO		
NÚMERO E IDADE DOS SEUS DEPENDENTES		RENDA FAMILIAR	PESSOAS DA FAMÍLIA COM RENDA		CONDIÇÕES DE MORADIA (TIPO E Nº DE CÔMODOS)		CONDIÇÕES DE SANEAMENTO (ÁGUA, ESGOTO, COLETA DE LIXO)		
ANTECEDENTES									
FAMILIARES			PESSOAIS				GINECOLÓGICOS		
TEM ALGUÉM NA TUA FAMÍLIA QUE TOMA MEDICAÇÃO PARA PRESSÃO ALTA? SIM ☐ NÃO ☐ ALGUÉM NA TUA FAMÍLIA TEM DIABETES? SIM ☐ NÃO ☐ EXISTE ALGUM PROBLEMA CONGÊNITO OU GENÉTICO FAMILIAR? SIM ☐ NÃO ☐ ALGUÉM DA TUA FAMÍLIA JÁ TEVE OU TEM CÂNCER DE MAMA OU DE COLO DE ÚTERO? SIM ☐ NÃO ☐ EXISTE ALGUMA OUTRA DOENÇA NA TUA FAMÍLIA? SIM ☐ NÃO ☐			VOCÊ TEM ALGUM DESSES PROBLEMAS DE SAÚDE: HIPERTENSÃO ARTERIAL ☐ SIM ☐ NÃO DIABETES ☐ SIM ☐ NÃO PROBLEMA RENAL ☐ SIM ☐ NÃO ANEMIAS/PROBLEMAS ALIMENTARES ☐ SIM ☐ NÃO PROBLEMA DE TIREOIDE OU ENDÓCRINO ☐ SIM ☐ NÃO HEPATITE ☐ SIM ☐ NÃO HIV ☐ SIM ☐ NÃO INFECÇÃO URINÁRIA ☐ SIM ☐ NÃO USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA ☐ SIM ☐ NÃO SE SIM, QUAIS? JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA ☐ SIM ☐ NÃO SE SIM, QUANDO E DO QUE? TRANSFUSÃO SANGUÍNEA ☐ SIM ☐ NÃO ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO SE SIM, QUAIS?				QUAL FOI A IDADE DA TUA PRIMEIRA MENSTRUACÃO? TEU CICLO MENSTRUAL ERA REGULAR? JÁ UTILIZOU ALGUM ANTICONCEPCIONAL? SE SIM, SABE O NOME? PORQUE PAROU DE UTILIZAR? JÁ FEZ TEVE DIFICULDADE OU FEZ ALGUM TRATAMENTO PARA ENGRAVIDAR? JÁ TEVE ALGUMA INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL? SE SIM, FEZ TRATAMENTO? O SEU PARCEIRO TAMBÉM?		
OBSTÉTRICOS									
VOCÊ JÁ TEVE ALGUM ABORTO? SE SIM, SABE O MOTIVO?									
QUANTOS PARTOS CESÁREOS OU VAGINAIS? FOI EM CASA OU NO HOSPITAL?									
QUAL SUA IDADE QUANDO TEVE O PRIMEIRO FILHO?									
QUAL A DIFERENÇA DE IDADE ENTRE TEUS FILHOS?									

FICHA DE CADASTRO DA GESTANTE HAITIANA

ALGUM DOS TEUS FILHOS NASCEU PREMATURO OU DEPOIS DAS 42 SEMANAS?	FUMA SIM☐NÃO☐		JÁ TEVE ALGUMA DOENÇA NO ÚTERO OU NAS MAMAS?	
ALGUM DOS TEUS FILHOS PESOU MENOS QUE 2.500 KG OU MAIS QUE 4.000 KG?	CONSUME BEBIDA ALCOÓLICA SIM☐NÃO☐		QUANDO FOI O TEU ÚLTIMO PREVENTIVO? QUAL FOI O RESULTADO?	
TODOS OS TEUS FILHOS ESTÃO VIVOS? SE NÃO, COM QUE IDADE FALECERAM E PORQUÊ?	UTILIZA ALGUM TIPO DE DROGA SIM☐NÃO☐			
TEVE ALGUMA COMPLICAÇÃO NAS GESTAÇÕES ANTERIORES OU NO PÓS-PARTO?	VOCÊ UTILIZA ALGUM MEDICAMENTO CONTÍNUO OU TEM ALGUMA DOENÇA QUE NÃO FOI PERGUNTADO? SIMNÃO			
CONSEGUIU AMAMENTAR? ATÉ QUE IDADE?				
SABE TEU TIPO SANGUÍNEO? TEM UMA CARTEIRINHA?				
SEXUALIDADE				
IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL		SENTE ALGUMA DOR OU DESCONFORTO DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL?		
GESTAÇÃO ATUAL				
PESO ANTERIOR A GESTAÇÃO	ALTURA	DUM (Data do 1º dia da última menstruação)	ESSA GRAVIDEZ FOI PLANEJADA?	ESSA GRAVIDEZ É DESEJADA?
TEU PARCEIRO (A) E TUA FAMÍLIA ESTÃO TE APOIANDO?		ESTÁ EM USO DE ALGUM MEDICAMENTO?		VOCÊ APRESENTA ALGUM SINTOMA NA GESTAÇÃO?
O QUE VOCÊ COSTUMA COMER NO DIA-A DIA?				