



FICHA PARA CONTRACEPÇÃO DEFINITIVA
ENTREVISTA DE REFLEXÃO SOBRE O MÉTODO CONTRACEPTIVO ESCOLHIDO

Nome / Paciente: _____
 Nome / Cônjuge: _____
 Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos Registro Geral Nº: _____
 Sexo: F () M () Raça/Cor: Preta () Parda () Amarela () Branca () Indígena ()
 Nacionalidade (País): _____ Alfabetizada (o): Sim () Não ()
 Procedência (Onde morou maior tempo de sua vida?): _____

Quantos filhos têm? _____ Quantos com certidão? _____ (apresentar)
 Quantos são de relações anteriores? _____ Idade/Sexo: ____/____; ____/____; ____/____
 E da relação atual? _____ Idade/Sexo: ____/____; ____/____; ____/____
 Quantos foram planejados? _____ Teve Abortos? Não () Sim () Quantos? _____

Quais métodos já utilizou :

• Pílula:	Não () Sim ()	Opinião: _____
• Hormônio Injetável:	Não () Sim ()	Opinião: _____
• Diafragma:	Não () Sim ()	Opinião: _____
• Diu:	Não () Sim ()	Opinião: _____
• Preservativo Feminino:	Não () Sim ()	Opinião: _____
• Preservativo Masculino:	Não () Sim ()	Opinião: _____

Que método usa atualmente? _____
 Qual a dificuldade em continuar com este método? _____
 Por que quer fazer método definitivo? _____
 A decisão foi tomada em conjunto pelo casal? Sim () Não ()
 Pensou na possibilidade de seu companheiro fazer vasectomia? Sim () Não ()
 Pensou na possibilidade de sua companheira fazer laqueadura? Sim () Não ()

Seu Companheiro Atual:

É afetivo com você: Sim () Não () Mora com você? Sim () Não ()
 Trata bem os filhos em comum e os outros? Sim () Não () Com Registro Civil? Sim () Não ()
 Tempo de convivência conjugal: _____ Com Registro Civil? Sim () Não ()
 Está empregado? Sim () Não ()
 Teve rendimento com regularidade no último ano? Sim () Não ()
 Que nota dá ao seu relacionamento: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()

Vocês trabalham? Homem Não () Sim () Mulher Não () Sim () São Remunerados? Sim () Não ()
 Quanto tempo ficam fora de casa? _____ hs.
 Nota, para a satisfação com o trabalho: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ()
 Com quem ficam os filhos neste período? _____ Paga algo? Sim () Não ()
 Quantos moram com você? _____ (em comum), _____ (seus) e _____ (dele)
 Compartilha moradia com outras pessoas? Não () Sim () Quem? _____
 Há usuário de droga na casa? Não () Sim () Quem? _____
 Há usuário de álcool na casa? Não () Sim () Quem? _____
 Quem paga as despesas da casa? _____

Se um de seus filhos morresse, gostaria de ter outro? Sim () Não ()
 Um novo parceiro(a) pode levar ao desejo de outro filho? Você já pensou nesta possibilidade? Sim () Não ()
 Está consciente dos riscos da cirurgia anestésica e intra-operatórias? Sim () Não ()
 Está consciente das dificuldades técnicas e da irreversibilidade cirúrgica? Sim () Não ()

Que efeito acha que a cirurgia produzirá em seu corpo? _____
 O que sente ao dizer: "Eu quero ser estéril!" _____

Decisão bem consolidada? Não () Sim ()
 Pendências a resolver: _____
 Método escolhido: _____

Nome / Cargo / Carimbo