



**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 ( )  
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-operatórios? 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