



**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