



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

Nome / Paciente: _____		
Nome Social: _____		
Nome da parceria: _____		
Nascimento: ___/___/___	Idade: ___anos	Registro Geral nº: _____
Sexo: F ( ) M ( ) Ignorado ( )		
Gênero: Mulher Cis ( ) Mulher Trans ( ) Homem Cis ( ) Homem Trans ( ) Travesti ( ) Não Binário		
Raça/Cor: Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Indígena ( )		
Nacionalidade (País): _____		Pessoa alfabetizada: Sim ( ) Não ( )
Procedência (Onde morou maior tempo de sua vida?): _____		

Quantos filhos tem? _____	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 Interno:	Não ( ) Sim ( )	Opinião: _____
• Preservativo Externo:	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 da pessoa parceira?	Sim ( ) Não ( )
Pensou na possibilidade de a pessoa parceira fazer vasectomia?	Sim ( ) Não ( )
Pensou na possibilidade de a pessoa parceira fazer laqueadura?	Sim ( ) Não ( )

Seu (sua) parceiro (a) atual:		
É uma pessoa afetiva 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(a)?:	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? Paciente Não ( ) Sim ( )	Pessoa Parceira 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)		
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 ( )
Uma parceria nova 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