



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 ()	

Você trabalha? 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-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