



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA
Estado de São Paulo
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PLANEJAMENTO FAMILIAR

ENTREVISTA PSICOSSOCIAL

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nasc. ____/____/____

Estado Civil: _____ Situação Conjugal _____ Tempo _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Telefone _____

Cônjuge: _____ Profissão: _____

Idade: _____ Data Nasc. ____/____/____ Escolaridade _____

FILHOS: NOME IDADE GENITORES PARTO

FILHOS:	NOME	IDADE	GENITORES	PARTO

Como foram as gestações anteriores ?

Relacionamento Conjugal e Familiar

Porque a opção pela esterilização definitiva? Satisfação com o número de filhos? Conscientes das consequências da esterilização?



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA
Estado de São Paulo
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PLANEJAMENTO FAMILIAR

ENTREVISTA PSICOSSOCIAL

Atualmente faz uso de algum método contraceptivo? Já utilizou algum ? Tem conhecimento ?

Medicação: _____

Doenças: () Sífilis () Hepatite _____ () Pressão Alta () Diabetes () HIV

() Alergia _____ () outras _____

Cirurgias: () sim _____ () não () aborto _____

Histórico pessoal e familiar de transtorno mental ? Internações? Suicídio?

Uso de álcool ou drogas ?

Já realizou acompanhamento psicológico? Quando e motivo ?

Renda Familiar: _____

Despesas: _____

Plano de Saúde: () não () sim _____

Participa de algum programa do governo ?

Paciente compareceu () sozinho () acompanhado _____

Observações:

Pirassununga, _____ de _____ de 20____.
