

## Diagnóstico Inicial Tratamento de Fertilização

Você está iniciando seu tratamento de fertilização.

Preencha com atenção todos os campos para que possamos fazer um diagnóstico mais preciso.

Como soube da clínica?

( ) Indicação ( ) Internet ( ) TV ( ) Outros: \_\_\_\_\_

DUM:	_____
IMC:	_____
ABO:	_____ Rh: _____

Data 1ª Consulta: \_\_\_\_\_

### ESPOSA

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço Resid: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Fone Residencial: \_\_\_\_\_ Fone Comercial: \_\_\_\_\_

ABO:	_____ Rh: _____
------	-----------------

### MARIDO

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço Resid: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Fone Residencial: \_\_\_\_\_ Fone Comercial: \_\_\_\_\_

### ENCAMINHADA(OS)

Por: \_\_\_\_\_

End. Médico: \_\_\_\_\_

Fone Médico: \_\_\_\_\_

Especialidade Médico: \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA MASCULINA

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Sauna: ( ) Sim ( ) Não Frequência: \_\_\_\_\_

Banho imersão: ( ) Sim ( ) Não Frequência Barbear: \_\_\_\_\_

Libido - Desejo Sexual ( ) Diminuída ( ) Ausente ( ) Normal

Frequência Atividade Sexual: \_\_\_\_\_

Ejaculação: ( ) Normal ( ) Dor ( ) Sangue ( ) Ausente

Ardência Urinar: ( ) Sim ( ) Não

Fumo: ( ) Sim ( ) Não Quantos/Dias: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_ Se parou, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Por quanto tempo fumou? \_\_\_\_\_ Quantos fumava? \_\_\_\_\_

Cocaína: ( ) Sim ( ) Não Frequência: \_\_\_\_\_

Se fez uso no passado: Frequência \_\_\_\_\_

Maconha: ( ) Sim ( ) Não Frequência: \_\_\_\_\_

Se fez uso no passado: Frequência \_\_\_\_\_

Bebidas de álcool de qualquer natureza: ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_

Diabetes: ( ) Sim ( ) Não

Tratamento: \_\_\_\_\_

Pressão Alta: ( ) Sim ( ) Não

Tratamento: \_\_\_\_\_

Tratamento Psiquiátrico: ( ) Sim ( ) Não

Tratamento: \_\_\_\_\_

Úlcera estômago, duodeno: ( ) Sim ( ) Não

Tratamento: \_\_\_\_\_

Torção testículos: ( ) Sim ( ) Não

Tratamento: \_\_\_\_\_

Orquite (Caxumba): ( ) Sim ( ) Não

Tratamento: \_\_\_\_\_

Epidimite: ( ) Sim ( ) Não

Tratamento: \_\_\_\_\_

Prostatite: ( ) Sim ( ) Não

Tratamento: \_\_\_\_\_

Gonorréia: ( ) Sim ( ) Não Idade: \_\_\_\_\_

Sífilis: ( ) Sim ( ) Não Idade: \_\_\_\_\_

Chlamydia: ( ) Sim ( ) Não Idade: \_\_\_\_\_

Condiloma: ( ) Sim ( ) Não Idade: \_\_\_\_\_

Outras Doenças: \_\_\_\_\_

### TRATAMENTO:

Filhos no presente matrimônio: ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_

Filhos em outro matrimônio: ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_

Possui irmãos do sexo masculino: ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_

Os mesmos têm filhos: ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA FAMILIAR

Existe algum caso de mongolismo na família: ( ) Sim ( ) Não Quem? \_\_\_\_\_

Alguém com diabetes: ( ) Sim ( ) Não Quem? \_\_\_\_\_

Alguém com epilepsia: ( ) Sim ( ) Não Quem? \_\_\_\_\_

Alguém com dificuldade para engravidar: ( ) Sim ( ) Não Quem? \_\_\_\_\_

Por que? \_\_\_\_\_

### HISTÓRIA FEMININA

#### HISTÓRIA MENSTRUAL

Com que idade menstruou pela 1ª vez? \_\_\_\_\_ Com que idade apareceram as mamas? \_\_\_\_\_

Com que idade apareceram os pelos pubianos? \_\_\_\_\_

Qual a duração do ciclo da menstrual?(conte do 1º da menstruação até o início da outra) \_\_\_\_\_

Qual a duração do fluxo menstrual? \_\_\_\_\_

A quantidade de sangue é: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Aumentada

Qual a data da última menstruação: \_\_\_\_\_

Sente mal estar antes da menstruação?(nervosismos, irritabilidade, inchaço, fome, etc...?) ( ) Sim ( ) Não

Sente cólica na menstruação? ( ) Sim ( ) Não Quando? ( ) Antes ( ) Durante ( ) Depois

Tem dor/e ou sangramento no meio do ciclo? (período ovulatório): ( ) Sim ( ) Não

#### HISTÓRIA GINECOLÓGICA

Que métodos anticoncepcionais já usou? ( ) Pílula ( ) Diu ( ) Camisinha ( ) Diafragma

( ) Tabela ( ) Laqueadura ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Quanto tempo usou? \_\_\_\_\_ Há quanto tempo parou? \_\_\_\_\_

Quando fez o último preventivo de câncer? \_\_\_\_\_

Qual resultado? \_\_\_\_\_

Tem corrimento vaginal? ( ) Sim ( ) Não De repetição? ( ) Sim ( ) Não

Medicamento já utilizado: \_\_\_\_\_

Data do último tratamento: \_\_\_\_\_

Medicamento: \_\_\_\_\_

Já teve infecção pélvica? (trompas ou ovários): ( ) Sim ( ) Não

Como tratou? \_\_\_\_\_

Teve alguma doença de transmissão sexual? ( ) Gonorréia ( ) Bartolinite ( ) Sífilis

( ) Herpes ( ) Condiloma ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Tratamento: \_\_\_\_\_

Com que frequência surge o herpes? \_\_\_\_\_

Fez alguma cirurgia ginecológica: ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Anátomo Patológico: \_\_\_\_\_

Fez curetagem uterina? ( ) Sim ( ) Não

Houve redução do fluxo menstrual após? ( ) Sim ( ) Não

Tem secreção no mamilo? ( ) Não ( ) Sim ( ) Espontânea ( ) Apertando

Caso sim: ( ) Mama direita ( ) Mama esquerda ( ) Ambas

### **HISTÓRIA OBSTÉTRICA (se nunca engravidou, não responda)**

Quantas vezes engravidou? \_\_\_\_\_ Nº de partos: \_\_\_\_\_

Nº de cesarianas: \_\_\_\_\_ Nº de abortamentos: \_\_\_\_\_

Nº de abortamentos espontâneos: \_\_\_\_\_ Nº de abortamentos provocados: \_\_\_\_\_

Fez curetagem após o aborto? ( ) Sim ( ) Não

Houve redução do fluxo menstrual após a curetagem? ( ) Sim ( ) Não

Anátomo Patológico: \_\_\_\_\_

Teve infecção após aborto? ( ) Sim ( ) Não

Tratamento: \_\_\_\_\_

Teve infecção após parto/cesariana: ( ) Sim ( ) Não

Tratamento: \_\_\_\_\_

Teve gravidez ectópica (fora do útero): ( ) Sim ( ) Não

Tratamento: \_\_\_\_\_

### **HISTÓRIA SEXUAL:**

Idade da 1ª relação sexual? Ele: \_\_\_\_\_ Ela: \_\_\_\_\_

Quantas relações mantém por semana: \_\_\_\_\_

Mantém relações durante a menstruação? ( ) Sim ( ) Não

Pratica coito anal? ( ) Sim ( ) Não

Tem orgasmos? Ele: ( ) Sim ( ) Não Ela: ( ) Sim ( ) Não

Tem vontade de manter relações? Ele: ( ) Sim ( ) Não Ela: ( ) Sim ( ) Não

Alguma modificação no comportamento sexual? Ele: ( ) Sim ( ) Não Ela: ( ) Sim ( ) Não

Especifique: \_\_\_\_\_

Tem dor nas relações: ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Tem sangramento nas relações? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Existe dificuldade de penetração? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

A ereção é normal? ( ) Sim ( ) Não

Especifique: \_\_\_\_\_

A ejaculação é normal? ( ) Sim ( ) Não

Especifique: \_\_\_\_\_

Tem irritação no pênis após as relações? ( ) Sim ( ) Não Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Usam lubrificantes nas relações? ( ) Sim ( ) Não

Qual? \_\_\_\_\_ Quando? \_\_\_\_\_

Faz lavagem vaginal após as relações? ( ) Sim ( ) Não

## HISTÓRIA CONJUGAL

Há quanto tempo estão casados/moram juntos? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo tentam engravidar? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo estão em investigação/tratamento? \_\_\_\_\_

Tiveram gravidez nessa relação? ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_

Alguma gravidez em outra relação? ( ) Sim ( ) Não Quantos? \_\_\_\_\_

Teve doença do fígado? **Ele:** ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tratamento? \_\_\_\_\_

Teve doença do fígado? **Ela:** ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tratamento? \_\_\_\_\_

Teve doença nos rins? **Ele:** ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tratamento? \_\_\_\_\_

Teve doença nos rins?**Ela:**(  ) Sim (  ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tratamento? \_\_\_\_\_

Teve doença nos pulmões?**Ele:**(  ) Sim (  ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tratamento? \_\_\_\_\_

Teve doença nos pulmões?**Ela:**(  ) Sim (  ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tratamento? \_\_\_\_\_

Teve doença cardíaca?**Ele:**(  ) Sim (  ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tratamento? \_\_\_\_\_

Teve doença cardíaca?**Ela:**(  ) Sim (  ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tratamento? \_\_\_\_\_

Teve doença do estômago/intestino?**Ele:**(  ) Sim (  ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tratamento? \_\_\_\_\_

Teve doença do estômago/intestino?**Ela:**(  ) Sim (  ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tratamento? \_\_\_\_\_

Fez alguma cirurgia?**Ele:** (  ) Sim (  ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tratamento? \_\_\_\_\_

Fez alguma cirurgia? (Não ginecológica)**Ela:** (  ) Sim (  ) Não

Qual? \_\_\_\_\_

Tratamento? \_\_\_\_\_

Teve algum acidente anestésico?**Ele:**(  ) Sim (  ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tratamento? \_\_\_\_\_

Teve algum acidente anestésico?**Ela:**(  ) Sim (  ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Tratamento? \_\_\_\_\_

Declaro que as informações acima são verdadeiras.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura (esposa/companheira)

\_\_\_\_\_  
Assinatura (marido/companheiro)