



Cadastro de paciente gestante

Preenchimentos obrigatórios são marcados com(*)

Algumas questões dependem de questões antecessoras.

Dados da paciente

Nome da gestante*

Logradouro*

Bairro*

Complemento

Número

Estado*

Cidade*

Estado civil*

Telefone*

(99)99999-9999

Data de nascimento*

01/01/2001

Questionário

1 - Quantas pessoas moram na mesma residência que você*



CamScanner

2 - Quantas pessoas trabalham no domicílio?*

3 - Trabalha fora de casa?*

- ☐ Sim
- ☐ Não

4 - Nível de instrução:*

5 - Renda total no domicílio:*

R\$

Preencha sem os centavos e sem pontuação

6 - Ocupação:*

7 - Antecedentes familiares:

- ☐ Diabetes
- ☐ Câncer
- ☐ Hipertensão Arterial

8 - Período gestacional:*

- ☐ Desconhece
- ☐ Primeiro trimestre
- ☐ Segundo trimestre
- ☐ Terceiro trimestre

9 - Número de gestações:*

- ☐ Primeira
- ☐ Segunda
- ☐ Terceira
- ☐ Quarta ou mais

10 - Risco da gravidez atual:*

- ☐ Risco Habitual
- ☐ Desconhece
- ☐ Alto Risco

11 - Histórico de aborto(s) antecedente(s):*

- ☐ Não
- ☐ Sim. Provocado
- ☐ Sim. Espontâneo primeiro trimestre
- ☐ Sim. Espontâneo segundo trimestre
- ☐ Sim. Espontâneo terceiro trimestre

12 - Tempo de gestação (semanas):*

13 - Antecedentes clínicos:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hemorragia
- ☐ Hipertensão
- ☐ Cardiopatias
- ☐ Outros. Cite

14 - Faz uso de alguma dessas substâncias?

- ☐ Faz uso contínuo de medicações
- ☐ Bebida Alcoolica
- ☐ Drogas Ilícitas. Cite

15 - É Tabagista?*

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Ex - tabagista

16 - Estão fazendo pré-natal na gestação atual?*

- ☐ Sim
- ☐ Não

17 - Qual o local do pré-natal atual?*

- ☐ Unidade de Saúde da Família
- ☐ Plano de Saúde
- ☐ Serviço de referência para gestação de alto risco
- ☐ Atendimento particular
- ☐ Não sabe ainda

18 - Alérgica? *

- ☐ Sim - Cite:

- ☐ Não

19 - Já submeteu-se a tratamento odontológico?*

- ☐ Nunca
- ☐ A mais ou menos um ano
- ☐ Mais de um ano
- ☐ A mais ou menos seis meses
- ☐ Atualmente

20 - Participa de alguma atividade educativa para gestantes?*

☐ Sim

Onde? Que tipo de atividade?

☐ Não

21 - Percebeu alguma alteração na boca durante esta gestação?*

☐ Sim - Cite:

☐ Não

22 - Se a resposta foi "sim" no 22, responda este item. Se foi "Não", pule para o 27. Procurou o CD?

☐ Sim

☐ Não

23 - Se "sim" no anterior (23), responda este item. Foi atendida?

☐ Sim

☐ Não

24 - Se a resposta foi "sim" no item 24, responda esse item e prossiga para o 27. Se foi "não", pule para o 26. Foi atendida com que tipo de procedimento odontológico?

25 - Por que não foi atendida?

26 - Foi orientada a procurar o CD durante esta gestação?*

☐ Sim - Quem orientou?

☐ Não

27 - Se já teve outras gestações. Percebeu alguma alteração na boca?

☐ Sim - Qual?

☐ Não

28 - Se já teve outras gestações, foi orientada a procurar o CD durante o período?

☐ Sim

☐ Não

Cadastrar