



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\_\_\_\_.