

CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

Legenda:



Perguntas/alternativas Formulários PIM/PCF

*=Campo de informação obrigatória



Perguntas/alternativas somente Formulário PIM




















o = Campo de seleção única











































Perguntas/alternativas somente Formulário PCF

□ = Campo de múltipla seleção

O número das perguntas/alternativas de cada um dos formulários encontra-se ao lado de cada logo específico.

PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR/CRIANÇA FELIZ		Família/Gestante: /
CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE		Município:
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		Data:
	(1 PIM/2 PCF) Nome completo*:	
	(1) Número de Identificação Social - NIS:	
	(3) Nº celular:	
	(4) E-mail:	
	(10) Número do Cartão Nacional do SUS (CNS):	
	(2, 3 PIM/11 PCF) Qual o melhor dia e horário para o atendimento?*: o Segunda o Terça o Quarta o Quinta o Sexta o Sábado Hora: ____:____	
	(4 PIM/8 PCF) Nome completo do pai da gestante:	
	(5 PIM/7 PCF) Nome completo da mãe da gestante*:	
	(13) Seus pais moram no mesmo município? () Sim, no mesmo bairro/comunidade () Sim, em outro bairro/comunidade () Não	
	(6 PIM/5 PCF) Data de nascimento*: ____/____/____	(6) Idade*:
	(7 - PIM; 9 - PCF) Raça/cor/etnia (autodeclarado)*: o Branca o Preta o Parda o Amarela o Indígena	
	(8 PIM/17 PCF) Estado civil*: o Casada o Solteira o Viúva o Divorciada o Separada	
	O União estável	
	(14) Você sabe ler e escrever? () Sim () Não	
	(11) Grau de instrução? o Nenhum o Alfabetizada o Ensino fundamental incompleto o Ensino fundamental completo o Ensino médio incompleto o Ensino médio completo o Ensino superior incompleto o Ensino superior completo o Outros/Especifique:	
	(14 PIM/16 PCF) Estuda atualmente?* o Sim/Onde? o Não	
	(12) Profissão*:	(13) Ocupação*:
	(14 PIM/16 PCF) Trabalha atualmente?* o Sim/Onde? o Não	
	(15) A gestante fala*: □ Língua Portuguesa □ Outras Línguas/Quais?	

	(12) Está com quantos meses/semanas de gestação?
	(18) Quem mora na casa com você? () Companheiro () Filhos () Pai/mãe () Irmãos () Sogra () Amigos () Outros:
	(21) O companheiro está indo às consultas? () Sim, eventualmente () Sim, em todas as consultas () Apenas quando solicitado () Não acompanha
DADOS DO PRÉ-NATAL (assinalar conforme Caderneta da Gestante)	
	 (16 PIM/22 PCF) Período gestacional*: <input type="radio"/> Menos de 22 semanas <input type="radio"/> 22 a 27 semanas <input type="radio"/> 28 a 31 semanas <input type="radio"/> 32 a 36 semanas <input type="radio"/> 37 a 41 semanas <input type="radio"/> 42 semanas ou mais
	 (17 PIM/39 PCF) Número de gestações anteriores*: () NV-Nativos () NM-Natimortos () AB-Abortos
	(18) Já iniciou o pré-natal?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
	(19) Com quantas semanas iniciou o pré-natal? () Não iniciou () Até 12 semanas () Entre a 13ª e 24ª semana () Entre 25ª e 36ª semana
	(19) Foi à unidade de saúde para a consulta pré-natal neste mês?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
	(20) Quantas consultas de pré-Natal você já realizou? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 ou mais
	(20) Está com a vacina contra tétano em dia?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
	(21) Está desnutrida neste mês?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
	(22) Apresenta algum fator de risco?* <input type="radio"/> Não () Anemia Falciforme () Drogas () Pré-eclâmpsia em gestações anteriores () Bacteriúria assintomática () HAS () Sangramento do 3º trimestre () Cardiopatia () HIV + () Sífilis () Diabetes Tipo 1 () Natimortos/Neomortos () Tabagismo () Diabetes méllitus gestacional () Pielonefrite aguda () Trabalho de parto prematuro () Outros/Especifique:
OUTRAS OBSERVAÇÕES	
	(23) Essa gravidez foi planejada? () Sim () Não
	(24) Dorme bem? () Sim () Não
	(25) Está realizando atividades físicas? () Sim () Não
	(26) Em quais serviços da Rede de Atenção você é atendida? () Unidade Básica de Saúde () Estratégia de Saúde da Família () Núcleo de Apoio à Saúde da Família () Ambulatório de Gestação de Alto Risco () Serviço de Atend. Especializado em DST/AIDS () Centro de Assistência Psicossocial - CAPS () Centro de Ref. em Assistência Social - CRAS () Centro de Ref. Esp. Assist. Social - CREAS () Assoc. Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE () Conselho Tutelar () Outros () Não é vinculada a nenhum serviço

	(27) Você já sabe o nome e endereço da maternidade que você vai ter seu filho? () Sim Qual? () Não
	(28) Tem preferência sobre o tipo de parto? () Normal () Fórceps () Cesárea Justificativa:
	(29) Você participa de grupos de gestantes? () Sim Onde: () Não
	(30) Com quem você compartilha suas dúvidas, curiosidades e inquietudes com relação à gestação? () Família () Equipe de saúde do pré-Natal () Grupo de gestantes () Amigos Outros: () Não compartilha
	(31) Você recebe apoio da família agora na gestação? () Sim () Não
	(32) E quando a criança nascer você tem alguém para te apoiar? () Sim Quem? () Não
	(33) Gostaria de ter um acompanhante na hora do parto? () Sim Quem? () Não
	(34) Você sabe que o Registro de Nascimento é um direito da criança? () Sim () Não
	(35) Como está preparando o enxoval do bebê? () Por conta própria () Recebendo benefício Eventual da Assistência Social () Ainda não está fazendo
	(36) Você gostaria que seu(ua) filho(a) fosse atendido pelo PCF depois do nascimento do bebê? () Sim () Não
	(37) Qual a sua expectativa inicial em relação ao atendimento do PIM/PCF?
	(23) Outras observações sobre a gestante:
DADOS SOBRE GESTAÇÕES ANTERIORES	
	(38) Antes dessa gravidez, quantas vezes você ficou grávida? () Nenhuma vez () Uma vez () Duas vezes () Três ou mais vezes
	(17 PIM/39 PCF) Sobre a(s) gestação(ões) anterior(es): Quantos nasceram vivos (NV-Nativivos)? () Um () Dois () Três ou mais
	Quantos estão vivos hoje? _____ Nascidos Mortos (NM-Natimortos): () Um () Dois () Três ou mais Abortos: () Um () Dois () Três ou mais
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)	
	(9 PIM/47 PCF) Você vive em companhia do cônjuge ou companheiro? () Sim () Não (Encerre a entrevista)
	(48) O cônjuge ou companheiro é o pai da criança? () Sim () Não
	(10 PIM/49 PCF) Nome completo:
	(50) Data de Nascimento:
	(51) Idade:
	(52) Número do Cartão Nacional do SUS (CNS):
	(53) Número de Identificação Social (NIS):

<input checked="" type="checkbox"/>	(54) Grau de instrução	() Não estudou
<input checked="" type="checkbox"/>	(55) Estuda atualmente? () Sim () Não Se sim, onde?	
<input checked="" type="checkbox"/>	(56) Trabalha atualmente? () Sim. Se sim, onde?	() Não
<input checked="" type="checkbox"/>	(57) Profissão/ocupação/vínculo empregatício:	Carga horária:
PREENCHER APENAS AO FINAL DA GESTAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/>	(24 PIM/40 PCF) Data do Parto :	(25 PIM/41 PCF) Resultado da gestação: <input type="checkbox"/> NV-Nativo <input type="checkbox"/> NM-Natimorto <input type="checkbox"/> AB-Aborto
<input checked="" type="checkbox"/>	(26 PIM/42 PCF) Parto prematuro? <input type="checkbox"/> Sim/Nº semanas:	<input type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/>	(43) Tipo de parto: () Normal () Fórceps () Cesárea	
<input checked="" type="checkbox"/>	(44) Você teve acompanhante durante o parto? () Sim Quem	() Não
<input checked="" type="checkbox"/>	(27 PIM/45 PCF) Data marcada para a primeira consulta de puerpério:	
<input checked="" type="checkbox"/>	(28) Data marcada para a segunda consulta de puerpério:	
<input checked="" type="checkbox"/>	(46) Você recebeu orientação sobre o planejamento familiar? () Sim () Não	
<input checked="" type="checkbox"/>	Observação:	
INATIVAÇÃO DA GESTANTE		
	Data:	Motivo: <input type="checkbox"/> Final de gestação <input type="checkbox"/> Falecimento <input type="checkbox"/> Saída do Programa Justificativa: