

CARACTERIZAÇÃO DA GESTANTE

Legenda:

  Perguntas/alternativas Formulários PIM/PCF

 Perguntas/alternativas somente Formulário PIM

 Perguntas/alternativas somente Formulário PCF

*=Campo de informação obrigatória

o = Campo de seleção única

□ = 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*: ☐ Menos de 22 semanas ☐ 22 a 27 semanas ☐ 28 a 31 semanas ☐ 32 a 36 semanas ☐ 37 a 41 semanas ☐ 42 semanas ou mais
☒	(17 PIM/39 PCF) Número de gestações anteriores*: () NV-Nativos () NM-Natimortos () AB-Abortos
☒	(18) Já iniciou o pré-natal?* ☐ Sim ☐ 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?* ☐ Sim ☐ 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?* ☐ Sim ☐ Não
☒	(21) Está desnutrida neste mês?* ☐ Sim ☐ Não
☒	(22) Apresenta algum fator de risco?* ☐ 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 mellitus 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):

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