



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE
NÚCLEO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DO ADOLESCENTE

1. Nome /Nome social: _____
 2. Nome da mãe: _____
 3. Portador de alguma deficiência? SIM () NÃO () Se sim qual? _____
 4. Qual escola você estuda? _____
 5. Ingere bebida alcoólica? SIM () NÃO () Se sim com que frequência? _____
 6. Faz uso de drogas? SIM () NÃO () qual? _____
 7. Identidade de gênero: homem () mulher () travesti () transsexual ()
 8. Orientação sexual: heterossexual () homossexual () bissexual () assexual ()
 9. Sexo no nascimento: F () M ()
 10. Data de Nascimento __/__/__ Idade: _____
 11. Raça/cor: branco () preto () pardo () amarelo () indígena ()
 12. Tem alguma pessoa de referência para conversar? SIM () NÃO () Se sim, quem? _____
 13. Que idade ocorreu a menarca? _____
 14. Que idade ocorreu a semenarca? _____
 15. Já mantém relação sexual? SIM () NÃO () Se não, deseja manter? SIM () NÃO ()
 16. Que idade ocorreu a sexarca? _____ () Não se aplica
 17. Possui parceiro fixo? SIM () NÃO () Não se aplica ()
 18. Apresenta dor/incômodo durante a relação sexual? SIM () NÃO () Não se aplica ()
 19. Data da última menstruação: ____/____/____ Não se aplica ()
 20. Seu ciclo menstrual é regular? SIM () NÃO () Não se aplica ()
 21. Pretende ter filhos? SIM () Quando? _____ NÃO ()
 22. Utiliza Algum método contraceptivo? SIM () Qual? _____ NÃO ()
 23. Já usou pílula do dia seguinte? SIM () NÃO () Se sim, com que frequência? _____
 24. Utiliza Hormônio? SIM () NÃO () Se sim, faz acompanhamento? SIM () NÃO ()
 25. Faz/fez uso de PEP? SIM () Há quanto tempo? _____ NÃO ()
 26. Faz/fez uso de PREP? SIM () Há quanto tempo? _____ NÃO ()
 27. Está Grávida? SIM () NÃO () Não se aplica ()
 28. Existe a possibilidade de estar grávida? SIM () NÃO () Não se aplica ()
 29. Gestações Anteriores? SIM () Número de gestações anteriores: _____ NÃO ()
 30. Aborto: SIM () NÃO ()
 31. Apresenta secreção vaginal ou peniana? SIM () Há quanto tempo? _____ NÃO ()
- Cor:** Sem cor/Transparente () Branco Leitoso () Amarelo () Esverdeado () Vermelho ()

Odor: Inodoro () Fétido ()

Aspecto: Fluido () Cremoso ()

32. Apresenta prurido na região genital? SIM () NÃO ()

33. Apresenta lesão na região genital? SIM () NÃO ()

Característica da lesão: _____

33) Apresenta verruga na região genital? SIM () NÃO ()

34. Disúria? SIM () NÃO ()

35. Profissional do sexo? SIM () NÃO ()

36. Vítima de abuso sexual? SIM () NÃO ()

37. Fimose? SIM () NÃO () Não se aplica ()

38. Já fez teste rápido? SIM () Quais? _____ NÃO ()

39. Satisfação com a sua imagem/estrutura corporal ? SIM () NÃO ()

40. Realizada orientação quanto aos métodos anticoncepcionais? SIM () NÃO ()

41. Realizada orientação quanto a prevenção de IST's? SIM () NÃO ()

Elaborado por: Enfa. Francisca Evelyn Suelen Silva de Aguiar, Enfa. Jessica Natasha Brandão Silva Bezerra e Enfa. Katiciane Rufino da Silva. (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva - UNIFAP 2019-2021) e colaboradores.