



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DO ADOLESCENTE

10 a 19 anos (OMS) / Limite máximo de 02 profissionais na consulta.

DADOS RELATIVOS AO SERVIÇO DE SAÚDE

Nome da UBS:		Nº do Prontuário:	
Procedência:		Nº do cartão SUS:	
Nome (iniciais):		Nome social:	
Filiação:			
Nome do responsável:			
Peso:	IMC:	Estatura:	P.A:

(1) DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo no nascimento: F () M ()	2. Data de nascimento: ____/____/____	3. Idade: ____anos ____meses
4. Com quem você mora? Sozinho/a () Com familiares () Com companheira/o () Outro: _____		
5. Etnia (autorrelatada): Branco () Preto () Pardo () Amarelo () Indígena () Quilombola () Outro (): _____		
6. Você estuda neste momento? Sim () Não ()	7. Qual escola você estuda?	
8. Qual o seu rendimento escolar? () Bom () Regular () Ruim		
9. Escolaridade: Analfabeto () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Outro () _____		
10. Você trabalha? Sim () Onde? _____ Não ()		
11. Identidade de gênero: Homem () Mulher () Transexual () Outro (): _____		
12. Orientação sexual: Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Pansexual () Assexual () Intersexual () Outros (): _____		
13. Satisfação com a sua imagem/estrutura corporal? Sim () Não ()		

(2) FONTES DE APOIO E INFORMAÇÃO DO (A) ADOLESCENTE

14. Tem alguma pessoa de referência para conversar? () Sim (Marque abaixo) () Não
Educação em saúde na escola () Consultas nos serviços de saúde () Conversa com a família () Conversa com amigos () Igreja () Mídias sociais () Outro (): _____
15. Você tem acesso à internet? Sim () Não ()

(3) SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

16. Idade da Menarca:	17. Idade da Espermarca:
18. DUM: ____/____/____	19. Dismenorreia: Sim () Não () Não se aplica ()
20. Seu ciclo menstrual é regular? Sim () Não ()	21. Duração: Não se aplica ()
22. Mantém relação sexual? Sim () Não ()	23. O ato sexual foi consentido? Sim () Não ()
24. Que idade ocorreu a sexarca:	25. Regularidade: Sempre () Às vezes () Raramente ()
26. Tem consentimento da família? Sim () Não ()	27. Você tem um relacionamento abusivo? Sim () Não ()
28. Comportamentos que antecedem a primeira relação sexual: Carícias () Beijos () Outros: _____	
29. Você sente prazer durante a relação sexual? Sim () Não ()	30. Você já sofreu violência sexual? Sim () Não ()
31. Dispareunia: Sim () Não ()	32. Você recebe/recebeu toques indesejados? Sim () Não ()
33. Quais as práticas sexuais que realiza: Sexo Oral () Sexo Anal () Sexo Vaginal () Outro () Não se aplica ()	
34. Você tem lubrificação? Sim () Não () Não se aplica ()	
35. Você faz uso de: Drogas () Álcool () Fumo () Outro (): _____ Não se aplica ()	

(4) CONTRACEPÇÃO E PRÁTICAS SEXUAIS SEGURAS

Preencher somente se mantém relação sexual	36. Utiliza algum método contraceptivo? Sim () Qual? _____ Não () Não se aplica ()
	37. Você negocia MAC contraceptivo com seu/sua parceiro (a)? Sim () Não () Não se aplica ()
	38. Onde você adquire: Farmácia () UBS () Namorado (a) que compra () Outro: _____
	39. Quais os MAC você conhece: Preservativo () Orais () Injetáveis () DIU () Outro: _____
	40. Já usou/usa contracepção de emergência? Sim () com que frequência? Não se aplica ()
	41. Usa preservativos nas relações sexuais? Sempre () Às vezes () Raramente () Não se aplica ()
	42. Você sabe utilizar preservativo da maneira correta? Sim () Não () Não se aplica ()

43. Possui parceiro (a) único? Sim () Não ()		Não se aplica ()
44. Quantos parceiros sexuais já teve até o momento?		Não se aplica ()
45. Você envia foto sensual para alguém? Sim () Não ()		Não se aplica ()
(5) DADOS GINECOLÓGICOS/OBSTÉTRICOS (MULHER) Se for HOMEM, não preencher!		
46. G: ____ P: ____ A: ____		47. Quantos filhos vivos: _____ Não se aplica ()
48. Gestações Anteriores: Parto normal () Parto Cesária ()		Não se aplica ()
49. Está grávida (o)? Sim () Não () Tenho dúvida ()		50. Foi planejado: Sim () Não () Não se aplica ()
51. Sua parceira está grávida? Sim () Não () Tenho dúvida ()		
52. Aborto: Sim () Não ()		53. Espontâneo () Provocado () Não se aplica ()
(6) INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL - IST		
54. Tem/ teve alguma IST? Sim () Qual: _____		Não () Não se aplica ()
55. Faz/fez tratamento: Sim () Não ()		Não se aplica ()
56. Seu parceiro também realizou tratamento completo? Sim () Não ()		
57. Apresenta secreção vaginal ou peniana atualmente? Sim () Qual: (Marque abaixo)		Não ()
58. Cor: Transparente () Branco Leitoso () Amarelo () Esverdeado () Marrom () Odor: Inodoro () Fétido () Aspecto: Fluido () Cremoso () Grumoso () Bolhoso () Espumoso () Purulento ()		59. Outros: _____ Não se aplica ()
60. Apresenta prurido (coceira) na região genital? Sim () Não ()		Não se aplica ()
61. Apresenta lesão ou verruga na região genital/oral? Sim () Não () Qual: _____		Tratou: Sim () Não ()
62. Disúria (dor à urinar): Sim () Não ()		Não se aplica ()
63. Realizou teste rápido? Sim () Qual: Sífilis () Hepatite B () Hepatite C () HIV () Resultados: Negativos () Positivos ()		Não () Não se aplica ()
64. Realizou PCCU? Sim () Quando: _____ Teve alteração: Sim () Não ()		Não () Não se aplica ()
65. Já fez bacterioscopia de secreção vaginal/peniana: Sim () Não ()		Não se aplica ()
66. Imunizado com a vacina HPV? Sim () Não ()		Não se aplica ()
(7) ACONSELHAMENTO E ATENDIMENTO		
66. Realizada orientação:		
<ul style="list-style-type: none"> • Métodos anticoncepcionais? Sim () Não () • Prevenção de IST? Sim () Não () • Prevenção de violência doméstica e sexual? Sim () Não () • Cuidados com exposição em sites de internet/Relacionamento virtual? Sim () Não () • Orientar sobre ciclo de amizades. Sim () Não () • Autocuidado/Higiene. Sim () Não () • Disponibilizou preservativo: Sim () Não () • Perguntou se tem dúvidas? Sim () Não () 		
67. Encaminhamentos:		
PCCU () Sala de vacina () Teste Rápido () Enfermagem () Ginecologista () Urologista () Infectologista () Nutricionista () Psicólogo () Assistente Social () Grupos de escuta qualificada/extensão () Outros: _____		
68. Solicitação de exames: Qual: _____		
OBSERVAÇÕES / CONDOTA (Prescrições/ diagnósticos/ cuidados): _____ _____ _____		
Data: ____/____/____ Hora: ____:____		Profissional (assinar e carimbar) _____
LEGENDA - Dispareunia: dor na relação sexual; Disúria: dor ao urinar; DIU: dispositivo intra-uterino; DUM: data da última Menstruação; HPV: papilomavírus humano; IST: Infecção Sexualmente Transmissível; MAC: Métodos Anticoncepcionais; Menarca: primeira menstruação; Nº: número; PPCU: Exame Preventivo do Câncer do Colo do Útero; Prurido: Coceira; Semenerca: primeira ejaculação; Sexarca: primeira atividade sexual; SUS: Sistema Único de Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde; P.A: pressão Arterial; IMC: Índice de Massa Corporal; OMS: organização mundial da saúde; Orientação sexual: Heterossexual (atratividade por pessoas do gênero oposto), Homossexual (atratividade pelo mesmo gênero), Bissexual (atratividade por ambos os gêneros), Pansexual (atração afetiva ou sexual que não depende de gênero ou sexo), Assexual (pessoas que não sentem atração por nenhum gênero), Intersexual (pessoas que nascem com características sexuais biológicas que não se encaixam nas categorias típicas do sexo feminino ou masculino).		
Elaborado por: Enf. ^a Francisca Evelen Suelen Silva de Aguiar, Enf. ^a Jéssica Natasha Brandão Silva Bezerra e Enf. ^a Katiciane Rufino da Silva (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva – UNIFAP 2019-2021) e colaboradores.		