

ROTEIRO DE CONSULTA GINECOLÓGICA DE ENFERMAGEM À MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES



PREFEITURA DE
ARAPIRACA



DADOS ANTROPOMÉTRICOS E SINAIS VITAIS

Peso	Altura	PA	T. axilar
kg	cm	mmhg	°C

IDENTIFICAÇÃO

Nome / Nome social				
Gênero <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Não-binário <input type="checkbox"/> Gênero fluido <input type="checkbox"/> Outro _____				
Orientação sexual <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Assexual <input type="checkbox"/> Outro _____				
Telefone	Idade	Data de nascimento / /	Cartão Nacional de Saúde	CPF
Nº de pessoas que moram na sua residência	Profissão / Ocupação	Endereço		CEP
Cor <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não deseja declarar				
Estado civil <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuva <input type="checkbox"/> Outro _____				
Escolaridade <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Pós-graduação				
Renda pessoal mensal <input type="checkbox"/> Menos de R\$ 1.000 <input type="checkbox"/> R\$ 1.000 - R\$ 2.000 <input type="checkbox"/> R\$ 2.001 - R\$ 3.000 <input type="checkbox"/> Mais de R\$ 3.000 <input type="checkbox"/> Não deseja declarar				
Renda familiar mensal <input type="checkbox"/> Menos de R\$ 2.000 <input type="checkbox"/> R\$ 2.000 - R\$ 4.000 <input type="checkbox"/> R\$ 4.001 - R\$ 6.000 <input type="checkbox"/> Mais de R\$ 6.000 <input type="checkbox"/> Não deseja declarar				

DADOS GINECOLÓGICOS/ OBSTÉTRICOS

Menarca	Coitarca	DUM	Ciclos menstruais <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	Fluxo <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Pequeno <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Intenso
Absorventes diários	Duração	TPM <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dismenorréia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Intensidade ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
Paridade Gesta: Parto: Aborto:		Partos normais	Partos cesários	Data do último parto / /
			Data da última relação sexual / /	

SEXUALIDADE

Libido adequado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Orgasmo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Prazer / satisfação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Disfunções sexuais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Uso de métodos contraceptivos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is): _____
Tempo de uso do método	Satisfação do método atual <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Por quê? _____		Descrição do uso do método <input type="checkbox"/> Correto e consistente <input type="checkbox"/> Incorreto <input type="checkbox"/> Inconsistente	
ISTs <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is): _____		Tratamento realizado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Ano da última colpocitologia Alterado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Queixas				
Dispareunia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Leucorréia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dor baixo ventre <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sangramento durante relação sexual recente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outras

HISTÓRIA PATOLÓGICA

Familiar		Pessoal		
Medicações em uso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is): _____		Alergias <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is): _____		História de violência <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Hábitos de vida <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fumo <input type="checkbox"/> Álcool <input type="checkbox"/> Outras drogas: _____			Atividade física <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is): _____ h/sem	

EXAME FÍSICO

Lúcida e Orientada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Mucosas Coradas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Hidratada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Diurese presente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Queixas álgicas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Evacuações intestinais padrão adequado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Padrão de sono preservado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Outros achados		
Mamas <input type="checkbox"/> Simétricas <input type="checkbox"/> Assimétricas <input type="checkbox"/> Reconstituídas <input type="checkbox"/> Alterada	Mamilos <input type="checkbox"/> Protusos <input type="checkbox"/> Semi protusos <input type="checkbox"/> Invertidos <input type="checkbox"/> Planos			
Expressão mamilar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Aspecto: _____	Nódulo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Abdome <input type="checkbox"/> Indolor <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido à palpação <input type="checkbox"/> Resistente à palpação <input type="checkbox"/> Ruídos hidroaéreos presentes <input type="checkbox"/> Presença de dor <input type="checkbox"/> Outra alteração. Qual? _____				

AVALIAÇÃO UROGENITAL

Região vulvar <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Alterada. Quais alterações? _____
Períneo <input type="checkbox"/> Íntegro <input type="checkbox"/> Alterado. Quais alterações? _____
Ânus <input type="checkbox"/> Íntegro <input type="checkbox"/> Alterado. Quais alterações? _____

EXAME CLÍNICO ESPECULAR

Colo do útero <input type="checkbox"/> Pequeno <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Não visualizado
Ectopia <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Pequeno <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Extensa
Presença de corrimento vaginal <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, fisiológico <input type="checkbox"/> Sim, menstrual <input type="checkbox"/> Alterado. Quais alterações: _____

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Método <input type="checkbox"/> Início <input type="checkbox"/> Manutenção <input type="checkbox"/> Mudança	Método escolhido <input type="checkbox"/> Anticoncepcional Hormonal oral <input type="checkbox"/> Anticoncepcional Hormonal injetável <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> Laqueadura <input type="checkbox"/> Vasectomia <input type="checkbox"/> DIU TCU380A <input type="checkbox"/> Outros. Quais: _____
Elegível ao método de escolha <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Qual outro método de escolha _____	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

--

PLANEJAMENTO/ IMPLEMENTAÇÃO

--

RESULTADOS DE ENFERMAGEM

--

Enfermeira(o) / COREN