

FORMULÁRIO PRÉ CONSULTA DE ENDOMETRIOSE

1) IDENTIFICAÇÃO:

DATA DE NASCIMENTO: _____
ESTADO CIVIL: _____
NOME: _____
PROFISSÃO: _____
RAÇA: _____
RELIGIÃO: _____

2) IDADE DA MENARCA(1a menstruação): _____

3) CICLOS MENSTRUAIS: REGULARES? IRREGULARES?

4) TEMPO DE INÍCIO DOS SINTOMAS: _____

5) SINTOMAS:

- DISMENORRÉIA(CÓLICAS NO PERÍODO MENSTRUAL)?: SIM NÃO

- USO FREQUENTE DE ANALGÉSICOS?: SIM NÃO

- USO DE ANTICONCEPCIONAL POR DOR? SIM NÃO

- HÁ QUANTO TEMPO? _____

- FALTA AS ATIVIDADES HABITUAIS (TRABALHO, ESCOLA, ESPORTES) POR DOR?
SIM NÃO

- DESMAIOS NO PERÍODO MENSTRUAL?: SIM NÃO

- FOI A PRONTO SOCORRO POR DOR OU DESMAIOS?:
SIM NÃO

- DISQUESIA(DOR E/ OU DIFICULDADE A EVACUAÇÃO)DURANTE O PERÍODO MENSTRUAL?
:
SIM NÃO

- ALTERAÇÃO DO HÁBITO INTESTINAL NO PERÍODO MENSTRUAL?:
SIM NÃO

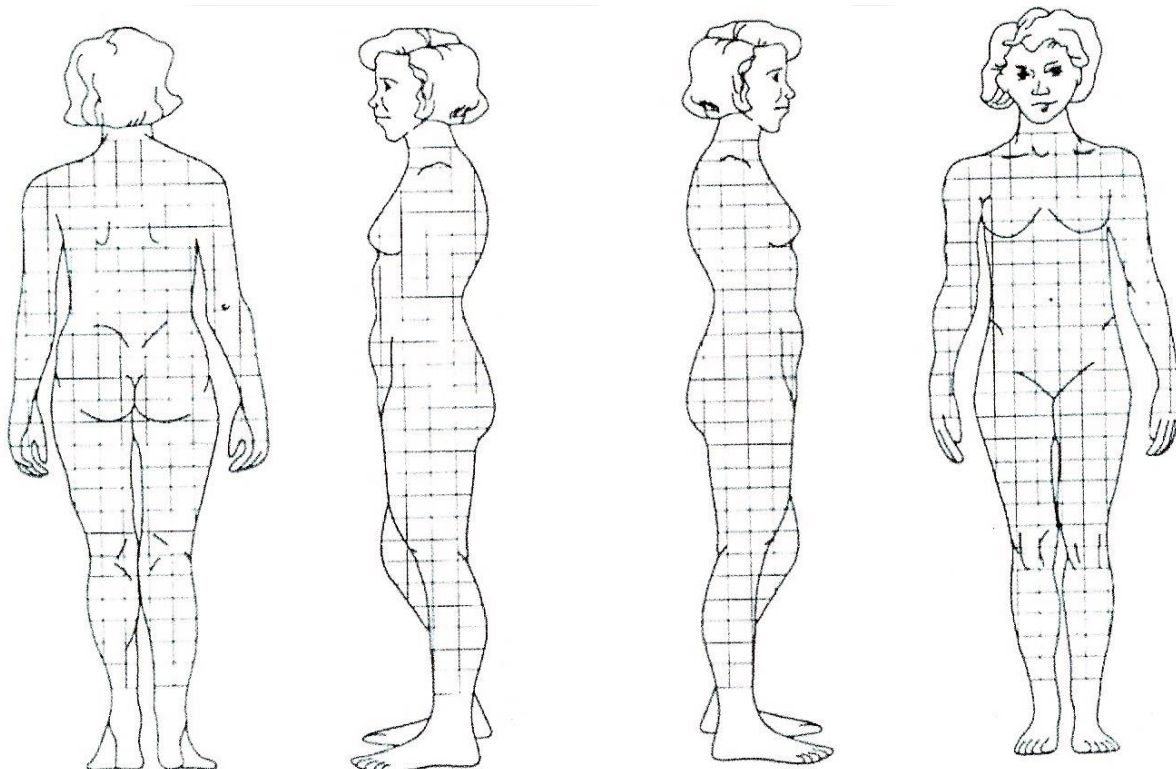
- DIARRÉIA?: SIM NÃO

- OBSTIPAÇÃO?: SIM NÃO

- SANGRAMENTO?: SIM NÃO

- **DISPAREUNIA**(DOR DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL)?: SIM NÃO
- HÁ QUANTO TEMPO?: _____
- QUALQUER POSIÇÃO?: SIM NÃO
- PENETRAÇÃO PROFUNDA?: SIM NÃO
- **DOR LOMBAR**(DURANTE O PERÍODO MENSTRUAL)?: SIM NÃO
- DIREITA ESQUERDA
- **SINTOMAS URINÁRIOS?**: SIM NÃO
- DOR AO URINAR?: SIM NÃO
- SANGRAMENTO ? : SIM NÃO
- **DOR OMBRO?**: SIM NÃO
- DIREITO ESQUERDO
- **DOR MMII?**: SIM NÃO

LOCALIZAÇÃO(MAPA): ASSINALE SEUS LOCAIS DE DOR DURANTE O PERÍODO MENSTRUAL

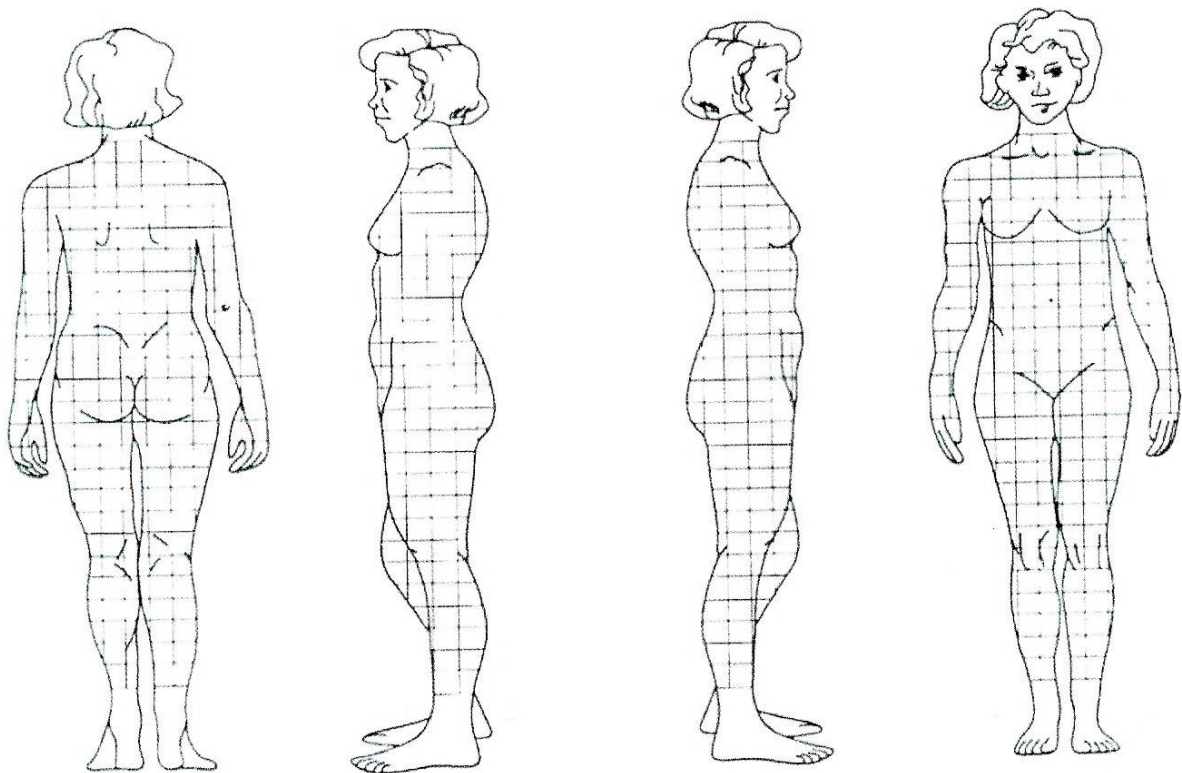


 Dor forte

 leve

 fraca

LOCALIZAÇÃO(MAPA): ASSINALE SEUS LOCAIS DE DOR FORA DO PERÍODO MENSTRUAL



 Dor forte

 leve

 fraca

6) TEMPO DE DIAGNÓSTICO?: _____

7) TRATAMENTO ANTERIOR?:

SIM NÃO

CIRURGIAS?

SIM NÃO

QUANDO? _____

QUAIS? _____

8) USO DE ANTICONCEPCIONAL?:

SIM NÃO

- QUAL?: _____

- HÁ QUANTO TEMPO?: _____

9) DIFICULDADE PARA ENGRAVIDAR?:

SIM NÃO

-HÁ QUANTO TEMPO? _____

10) FERTILIZAÇÃO?:

SIM NÃO

-
QUANTAS? _____

-
QUANDO? _____

11) GESTAÇÕES PRÉVIAS?:

SIM NÃO

-
QUANTAS? _____

-
QUANDO? _____

12) ABORTAMENTO?:

SIM NÃO

QUANTOS? _____

QUANDO? _____

13) POSSUI OUTRAS FAMILIARES COM ENDOMETRIOSE?

SIM NÃO

QUEM? _____

14) ASSINALE OS ALIMENTOS FREQUENTES NA SUA DIETA:

FAST FOOD

MOLHOS PRONTOS

CARNES

TEMPEROS PRONTOS

FRANGO

ENLATADOS

EMBUTIDOS

BISCOITOS

LEITE E DERIVADOS

PÃES

DOCES

15) RESUMA SUA HISTÓRIA DE ENDOMETRIOSE (SINTOMAS INICIAIS, EVOLUÇÃO, EXPECTATIVAS,ETC):

16) OUTROS ANTECEDENTES MÉDICOS NÃO RELACIONADOS A ENDOMETRIOSE (DOENÇAS, MEDICAMENTOS, CIRURGIAS):

TRAZER EXAMES/VIDEOS ANTERIORES A CONSULTA!

