



PMSJC

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE IDENTIFICAÇÃO - ESTERILIZAÇÃO DEFINITIVA

Nº CARTÃO SUS:

UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM: _____

NOME DO CANDIDATO: _____ Nº PRONTUÁRIO: _____

ESCOLARIDADE: _____ IDADE: _____ DATA NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____

PROFISSÃO: _____ LOCAL DE TRABALHO: _____ Nº R.G.: _____

NOME DO CÔNJUGE: _____

ESCOLARIDADE: _____ IDADE: _____ DATA NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____

PROFISSÃO: _____ LOCAL DE TRABALHO: _____ Nº R.G.: _____

RENDA FAMILIAR: (SM=SALÁRIO MÍNIMO) < 1 SM 1 A 3 SM 3 A 5 SM 5 E MAIS **Nº DE RESIDENTES (CASA):** <= 4 PESSOAS 5 PESSOAS 6 PESSOAS >= 7

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A) CASADO(A) SEPARADO(A) DIVORCIADO(A) VIÚVO(A) AMIGADO(A) **TEMPO DE UNIÃO:** _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____ CEP: _____ TELEFONE: _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____

FIM DA ÚLTIMA GRAVIDEZ: ____/____/____ Nº GESTAÇÕES: _____ Nº ABORTOS: _____ Nº PARTOS NORMAIS: _____ Nº DE CESÁRIAS: _____ Nº DE FILHOS VIVOS: _____

MÉTODO CONTRACEPTIVO JÁ UTILIZADO: PRESERVATIVO DIU NATURAL PÍLULA AC DIAFRAGMA AC INJETÁVEL NUNCA USOU EM USO _____

ESTATURA: _____ PESO: _____ P.A.: _____ ERITROGRAMA: _____ V.D.R.L.: _____ ANTI-HIV: _____ GLICEMIA: _____

PREVENTIVO: ____/____/____ RESULTADO: _____

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO	PONTUAÇÃO	PATOLOGIAS DE RISCO	5,0 CADA
FAIXA ETÁRIA 25 A 29 ANOS	0,5	HIPERTENSÃO ARTERIAL GRAVE	
" " 30 A 34	1,0	INSUFICIÊNCIA CARDIOVASCULAR GRAVE	
" " 35 A 39	1,5	DIABETE GRAVE	
" " 40 ANOS E +	2,0	NEFROPATIA GRAVE	
03 CESÁRIAS ANTERIORES	1,0	ASMA BRÔNQUICA GRAVE	
GESTANTE COM 2 CESÁRIAS ANTERIORES	1,0	DOENÇAS AUTO-IMUNES (LUPUS ERITEMATOSO, MIASTEMIA GRAVE)	
2 OU MAIS FILHOS VIVOS	1,0	QUADRO PSIQUIÁTRICO IRREVERSÍVEL COM AUTORIZAÇÃO JUDICIAL	
USO DE DROGAS - ALCOÓL / FUMO	1,0	OUTRAS: _____	
		TOTAL DE PONTOS: _____	

DATA

ENFERMEIRA