

RELATÓRIO SOBRE A GRAVIDEZ

Prefeitura _____

Data de notificação

Ano _____ mês _____ dia _____

(Furigana) Nome da gestante	①Casada②solteira (Previsão de casar: sim · não)	Data de nascimento Ano__mês__dia	Idade	Trabalho	Número individual
(Furigana) Nome do esposo (parceiro)		Data de nascimento Ano__mês__dia	Idade	Trabalho	
Endereço	(〒)	Tel.residencial ()	Tel. celular ()		
Sobre o exame médico ou a orientação de saúde da parteira	Data da primeira consulta	Ano__mês__dia	Semanas de gestação	__semanas completas (__meses)	
	Data previsto do parto	Ano__mês__dia	Fez exame de Doenças sexualmente transmissíveis	①Fiz ②Não fiz	
	Observações	①feto único ②nascimento múltiplo (fetos)	Fez exame de doenças tuberculose	①Fiz ②Não fiz	
	Endereço e nome do hospital, do médico e ou parteira		Tipo de seguro de saúde	①seguro social ②seguro nacional ③nenhum	

* Daremos apoio desde a sua gravidez, o parto e assistência a criança após o nascimento

Todas as informações fornecidas serão mantidas em sigilo absoluto. Desta forma, solicitamos o preenchimento dos itens abaixo.

1 A gestação está seguindo sem problemas?	①Sim ②Não (Motivo)
2 Teve quantos partos antes?	①Primeiro parto ②Não é o primeiro parto (Tive__vezes)
3 Teve a experiência de perda ou parto prematuro etc.?	①Não ②Sim (Perda__vezes · Prematuro__vezes · Natimorto__vezes · Aborto__vezes)
4 Fez tratamento de infertilidade para engravidar?	①Sim ②Não
5 Como se sentiu quando soube da gravidez?	①Fiquei feliz ②Fiquei feliz, pois não esperava ③Fiquei confusa, pois não esperava ④Fiquei surpresa ⑤Não senti nada ⑥Outros (Conteúdo :)
6 Tem previsão para voltar para terra natal?	①Sim ②Não
7 Tem alguém que possa ajuda-la quando estiver em	①Sim (__pessoas) ②Não
8 Tem problemas, preocupações, ansiedade etc.?	①Não ②Sim⇒⑦Sobre a gravidez · parto ①Financeiras ②Saúde ③Relacionamentos conjugal (sobre o parceiro) ④Relacionamentos familiares ⑤Cuidados infantis (criar filhos) ⑥Outros ()
9 Fuma cigarros?	①Sim (__cigarros por dia) ②Parei após engravidar ③Não
1 0 O seu esposo (parceiro) ou alguém da família que está morando junto fumam no mesmo ambiente?	①Sim ②Não
1 1 Consome bebidas alcoólicas?	①Sim (__vezes por semana) ②Não
1 2 Já sofreu alguma doença ou está fazendo algum tratamento?	①Não ②Sim⇒Nome da doença : Doença cardíaca · Pressão alta · Nefrite crônica · Diabetes · Hepatite · Doenças mentais (depressão) · Outros () Quando que aconteceu : (Ano____) · Estou fazendo tratamento
1 3 Neste último ano, teve sintomas de "não conseguir dormir" "estar irritada" , "chorar facilmente" por	①Sim ②Não

©As informações contidas neste relatório serão usadas para o apoio à gravidez, parto e a educação infantil e também para o levantamento de estatísticas para saúde da criança e da gestante da província onde mora e para o governo. Porém não serão identificados o nome da pessoa. Pode ser que o resultado do levantamento estatísticas serão publicadas.

©Pode ser que a enfermeira de saúde pública irá fazer uma visita sobre as informações deste relatório.