

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Data: ____/____/____

Nova Ficha Paciente

Género: ☐ Feminino ☐ Masculino | Altura: _____ | Peso: _____ | Profissão: _____

Telemóvel: _____ | E-mail: _____ | NIF: _____

Método de contato preferível? ☐ Chamada ☐ Mensagem ☐ E-mailEstado Civil: _____ | Filhos?: ☐ Não ☐ Sim. Quantos? _____Localidade: _____ | Alergias? ☐ Não ☐ Sim. Quais? _____Tem alguma doença contagiosa? ☐ Não ☐ Sim. Qual? _____Toma medicamentos ou suplementos? ☐ Não ☐ Sim. Quais? _____

Seguro de Saúde

Nome do Cartão: _____ | Data de Nascimento: ____/____/____

Nome da Seguradora: _____ | nº de Identificação _____

Por favor, envie uma cópia do cartão para o e-mail referido no canto superior direito desta folha ou traga o cartão como comprovativo no dia da consulta.

Historial de Saúde Ginecológico

Exames Ginecológicos:

Ultrassonografia Órgãos Reprodutores? Sim ☐ Não ☐

Resultados: _____

Biópsia do colo do útero? Sim ☐ Não ☐

Resultados: _____

Histerossalpingograma (HSG)- Resultados: Positivo ☐ Negativo ☐

Análise Hormonal:

- FSH..... Normal ☐ Alta ☐ Baixa ☐
- Estrogénio..... Normal ☐ Alta ☐ Baixa ☐
- Progesterona.. Normal ☐ Alta ☐ Baixa ☐
- Prolactina..... Normal ☐ Alta ☐ Baixa ☐
- Tiróide..... Normal ☐ Alta ☐ Baixa ☐
- Testosterona.. Normal ☐ Alta ☐ Baixa ☐

Cirurgias Ginecológicas Anteriores:

- ☐ Dilatação e Curetagem
- ☐ Laparoscopia (endometriose / cistos / miomas)
- ☐ Histeroscopia (resultados: _____)

Medicamentos para a Fertilidade tomados no último ano:

Data	Medicamento
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Informações do Parceiro:

Nome _____

Data de Nascimento: _____ Profissão: _____

O seu parceiro já teve filhos? _____

Análise de Espermatozoides:

Contagem: _____

% de morfologia normal: _____

Motilidade: _____

Já foi diagnosticada com:

DSTs	Sim ☐	Não ☐
Doença Inflamatória Pélvica	Sim ☐	Não ☐
Miomas Uterinos	Sim ☐	Não ☐
Pólipos.....	Sim ☐	Não ☐
Aderências Pélvicas	Sim ☐	Não ☐
Prolapso Uterino	Sim ☐	Não ☐
Alteração morfológica do Útero	Sim ☐	Não ☐
Endometriose	Sim ☐	Não ☐
SOP (Síndrome dos Ovários Policísticos) ...	Sim ☐	Não ☐
Baixa Reserva Ovária	Sim ☐	Não ☐
Infertilidade Sem Causa	Sim ☐	Não ☐

Contraceptivos Oraais: ☒

Já tomou contraceptivos orais antes? Sim ☐ Não ☐

Se sim, por quanto tempo? _____

Quando deixou de tomar? _____

Já teve um DIU?..... Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual o tipo de DIU? _____

Número de:	Liste as datas:
Gravidez	_____
Cesarianas	_____
Partos Naturais	_____
Abortos	_____
Abortos Espontâneos	_____
IUIs Negativos	_____
FIVs Negativas	_____
Infecções urinárias / ano	_____
Infecções fúngicas / ano	_____

Ciclo Menstrual:

Idade da menarca: _____

Duração típica do ciclo menstrual (ex: 26-30 dias): _____

Quantos dias costuma menstruar: _____

Data da última menstruação: _____

Toma medicação para ovular? Sim ☐ Não ☐