

## FICHA DE ACOLHIMENTO – CONSULTÓRIO FAMILIAR

### BLOCO 1 – SERVIÇO

#### ORIGEM DA DEMANDA:

☐ Demanda Espontânea ☐ UBS ☐ Ambulatórios ☐ Da própria HMAC ☐ Outros Hospitais ☐ UPAS ☐ CAPS

#### MOTIVO:

☐ Consulta médica ☐ Consulta enfermagem ☐ Consulta odontológica ☐ Vacina ☐ Curativo ☐ Realização de exames  
☐ Aplicação medicação / fornecimento receita marcação exames ☐ Grupos de educação em saúde

Outros atendimentos, qual(is) \_\_\_\_\_

TEM UBS NA ÁREA ONDE VOCÊ MORA? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? \_\_\_\_\_

JÁ TEVE VISITA DE UM(A) ACS? ☐ Sim ☐ Não HÁ QUANTO TEMPO: ☐ Até 1 mês ☐ De 1 a 6 meses ☐ 6 meses a 1 ano.

JÁ UTILIZOU SERVIÇOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual? ☐ PAM ☐ UPAs ☐ Hospitais Gerais ☐ Hospitais Psiquiátricos ☐ Outros, qual(is): \_\_\_\_\_

#### COMO PODEREI LHE AJUDAR (QUEIXA)?

---

---

---

---

### BLOCO 2 – SOCIOECONÔMICO

PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual(is): ☐ Cegueira ☐ Baixa Visão ☐ Surdez severo profunda ☐ Surdez leve/moderada ☐ Deficiência física  
☐ Deficiência intelectual ☐ Síndrome de Down ☐ Não declarou.

ESTADO CIVIL: ☐ Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) /separado (a) ☐ União estável ☐ União sem contrato  
☐ Viúvo (a) ☐ Outro qual? \_\_\_\_\_

COR/RAÇA (AUTO-DECLARAÇÃO): ☐ Amarela ☐ Branca ☐ Indígena ☐ Preta ☐ Parda ☐ Não declarou.

RELIGIÃO: ☐ Afro-Brasileira ☐ Católica ☐ Judaica ☐ Espírita Kardecista ☐ Protestante ☐ Muçulmana ☐ Budista  
☐ Agnóstico ☐ Ateu ☐ Outra qual? \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: ☐ Nunca frequentou escola ☐ Não alfabetizado ☐ Ensino Fundamental Incompleto  
☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Incompleto ☐ Ensino Médio Completo ☐ Superior Incompleto  
☐ Superior Completo ☐ Pós Graduando ☐ Outros, qual(is): \_\_\_\_\_

CONDIÇÃO DE OCUPAÇÃO: ☐ Trabalho formal ☐ Trabalho informal ☐ Estagiário (a) ☐ Não trabalha

OCUPAÇÃO? \_\_\_\_\_

### **BLOCO 3 – SAÚDE ADULTO / ADOLESCENTE**

**GÊNERO:** ☐ Homem Cis ☐ Mulher Cis ☐ Homem Trans ☐ Mulher Trans ☐ Travesti ☐ Não Binário

**ORIENTAÇÃO AFETIVO/SEXUAL:** ☐ Heterossexual ☐ Gay ☐ Lésbica ☐ Bissexual ☐ Assexual ☐ Pansexual

**QUANDO FOI A ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA ?** ☐ Menos de 06 meses ☐ 06 meses a 1 ano ☐ 1 ano a 02 anos ☐ 02 a 03 anos ☐ Mais de 03 anos

**JÁ PERCEBEU LESÕES NA CAVIDADE BUCAL?** ☐ Sim ☐ Não **Se sim, qual(is):** ☐ Bolha ☐ Verruga ☐ Mancha

**JÁ TEVE PERDA DE DENTE?** ☐ Sim ☐ Não **Se, SIM, qual motivo** ☐ Violência ☐ Acidente

**FAZ ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA REGULAR?** ☐ Sim ☐ Não **Se sim, qual(is)?** \_\_\_\_\_

**FAZ QUANTAS REFEIÇÕES POR DIA?** \_\_\_\_\_

**VOCÊ NOTOU ALGUMA ALTERAÇÃO NO APETITE?** ☐ Sim ☐ Não

**Se sim, qual(is)?** \_\_\_\_\_ **Há quanto tempo?** \_\_\_\_\_

**FAZ USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA?** ☐ Sim ☐ Não

**Se sim, qual(is):** ☐ Álcool ☐ Tabaco ☐ Maconha ☐ Crack ☐ Mesclado ☐ Cocaína ☐ Inalantes ☐ Psicotrópicos sem prescrição ☐ Outra(s). **Qual(is):** \_\_\_\_\_

**POSSUI ALGUMA DOENÇA CRÔNICA?** ☐ Sim ☐ Não

**Se sim, qual(is):** ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Obesidade ☐ HIV (soropositivo) ☐ Outros. **Qual(is)?** \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo?** ☐ Há 1 mês ☐ Entre 1 a 6 meses ☐ Entre 6 meses a 1 ano ☐ Entre 1 e 2 anos ☐ mais de 2 anos.

**JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA?** ☐ Sim ☐ Não **Se sim, qual(is)?** \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo?** ☐ Há 1 mês ☐ Entre 1 a 6 meses ☐ Entre 6 meses a 1 ano ☐ Entre 1 e 2 anos ☐ mais de 2 anos.

**FAZ USO DE PRESERVATIVO:** ☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes ☐ Não se aplica **Qual(is):** ☐ Peniano ☐ Vaginal

**EM RELAÇÃO AO USO DO PRESERVATIVO:**

☐ Utiliza em todas as relações sexuais ☐ Somente em relação extraconjugal ☐ Utiliza eventualmente  
☐ Passou a utilizar depois de correr algum risco de infecção

**VOCÊ FEZ O TESTE RÁPIDO NOS ÚLTIMOS SEIS MESES?** ☐ Sim ☐ Não

**Qual(is)?** ☐ HIV ☐ Sífilis ☐ Hepatite B ☐ Hepatite C ☐ Covid

**ALGUM TESTOU POSITIVO?** : ☐ Sim ☐ Não **Se sim, qual(is)?** \_\_\_\_\_

**VOCÊ POSSUI CARTÃO DE VACINA?** ☐ Sim ☐ Não

**VOCÊ LEMBRA QUANDO TOMOU A ÚLTIMA VACINA?**

☐ Menos de 1 ano ☐ Menos de 03 anos ☐ 05 anos ☐ Não lembra

**VOCÊ É ALÉRGICO A ALGUM MEDICAMENTO/SUBSTÂNCIA?** ☐ Sim ☐ Não

**Se sim, qual(is):** \_\_\_\_\_

### **BLOCO 4 – TRANSEXUAIS E TRAVESTIS**

**JÁ FEZ/FAZ USO DE HORMÔNIO?** ☐ Sim ☐ Não **Se sim, como?** ☐ Automedicação ☐ Acompanhamento Médico

**Se sim, há quanto tempo faz uso de hormônio?** \_\_\_\_\_ **Com qual idade iniciou o uso de hormônios?** \_\_\_\_\_

**JÁ USOU MÉTODOS ESTÉTICOS NÃO CLÍNICOS?** ☐ Sim ☐ Não

**Se sim, qual(is)?** ☐ Silicone Industrial ☐ Óleo Mineral ☐ Hidrogel ☐ Binder/Body ☐ Packers

## **BLOCO 5 – MULHERES, LÉSBICAS, MULHERES BISSEXUAIS, MULHERES TRANSGENITALIZADAS E HOMENS TRANS**

**MENARCA COM QUANTOS ANOS:** \_\_\_\_\_

**JÁ FEZ ALGUM EXAME GINECOLÓGICO PREVENTIVO?** ☐ Sim ☐ Não

**Se sim, quais exames já foram feitos?** ☐ Citologia ☐ Colposcopia ☐ Mamografia

**Há quanto tempo:** ☐ Mais de um ano ☐ Menos de 1 ano

**JÁ TEVE GESTAÇÃO ?** ☐ Sim ☐ Não

**Se sim, Quantas?** \_\_\_\_\_ **nº Partos normais:** \_\_\_\_\_

**nº Partos cesáreas:** \_\_\_\_\_

**Motivo da cesárea:** \_\_\_\_\_

**Teve alguma intercorrência na gestação?** ☐ sim ☐ não.

**Se sim, qual(is)?** \_\_\_\_\_

**JÁ TEVE ABORTOS?** ☐ Sim ☐ Não.

**Se sim, quantos?** \_\_\_\_\_

**USA ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO?** ☐ sim ☐ não

**Se sim, qual?** ☐ Coito Interrompido/Tabelinha ☐ Métodos de barreira ☐ Anticoncepcional oral ☐ Anticoncepcional injetável mensal

☐ Anticoncepcional injetável trimestral ☐ DIU ☐ Laqueada ☐ Outro, qual? \_\_\_\_\_

**ESTA GESTANTE:** ☐ sim ☐ não

**Se sim, com quantas semanas:** \_\_\_\_\_

**Está fazendo pré-natal:** ☐ sim ☐ não

**Se sim, onde:** ☐ UBS ☐ Consultório particular ☐ Ambulatórios ☐ Outros

**JÁ TEVE MENOPAUSA:** ☐ sim ☐ não. **Se sim, com quantos anos?** \_\_\_\_\_

## **BLOCO 6 – GAYS, HOMENS, HOMENS BISSEXUAIS, MULHERES TRANS E TRAVESTIS**

**JÁ FEZ ALGUM EXAME PREVENTIVO COM UROLOGISTA OU PROCTOLOGISTA?** ☐ Sim ☐ Não

**Se sim, quais exames já foram feitos?** ☐ PSA ☐ Exame de Toque Retal ☐ Ultrassonografia de próstata

☐ Ultrassonografia de vias urinárias ☐ Outros. **Qual (is):** \_\_\_\_\_

**Quando foram realizados os últimos exames?** \_\_\_\_\_

## **BLOCO 7 - CRIANÇAS**

**IDADE:** \_\_\_\_\_

**NASCEU PARTO** ☐ Normal ☐ Cesárea ☐ Não sabe

**GESTAÇÃO :** ☐ A termo ☐ Prematuro ☐ Pós-termo ☐ Não sabe **PESO AO NASCER:** \_\_\_\_\_

**QUANDO FOI A ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA?** ☐ Menos de 06 meses ☐ 06 meses a 1 ano ☐ 1 ano a 02 anos

☐ 02 a 03 anos ☐ Mais de 03 anos

**QUANDO FOI A ÚLTIMA CONSULTA ODONTOLÓGICA?** ☐ Menos de 06 meses ☐ 06 meses a 1 ano

☐ 1 ano a 02 anos ☐ 02 a 03 anos ☐ Mais de 03 anos

**JÁ TEVE PERDA DE DENTE?** ☐ Sim ☐ Não ☐ Ainda sem dentição

**Se sim, qual motivo?** ☐ Violência ☐ Acidente ☐ Fisiológica (dente leite)

**FAZ ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA REGULAR?** ☐ Sim ☐ Não **Se sim, qual(is):** \_\_\_\_\_

**FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO?** ☐ Sim ☐ Não **Se sim, qual(is):** \_\_\_\_\_

**POSSUI ALGUMA DOENÇA CRÔNICA?** ☐ Sim ☐ Não

**Se sim, qual(is):** ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Obesidade ☐ Outros. Qual? \_\_\_\_\_

**Há quanto tempo?** ☐ Há 1 mês ☐ Entre 1 a 6 meses ☐ Entre 6 meses a 1 ano ☐ Entre 1 e 2 anos ☐ mais de 2 anos.

JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual(is): \_\_\_\_\_

Há quanto tempo? ☐ Há 1 mês ☐ Entre 1 a 6 meses ☐ Entre 6 meses a 1 ano ☐ Entre 1 e 2 anos ☐ mais de 2 anos.

É ALÉRGICO A ALGUM MEDICAMENTO/SUBSTÂNCIA? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual(is): \_\_\_\_\_

POSSUI CARTÃO DE VACINA? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, está em dia? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe

ESTÁ FREQUENTANDO A ESCOLA? ☐ Sim ☐ Não. Se sim, qual ano? \_\_\_\_\_

## **BLOCO 8 - SAÚDE MENTAL**

COMO VOCÊ ESTÁ SE SENTINDO? ☐ Ansioso ☐ Deprimido ☐ Bem

JÁ ESCUTOU OU ESCUTA VOZES? ☐ Sim ☐ Não

FAZ USO DE ALGUM TIPO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual(is) a(s) medicação(ões): \_\_\_\_\_ Qual a dosagem (de cada medicação): \_\_\_\_\_

Essa medicação é: ☐ Automedicada ☐ Prescrita

COMO ESTÃO SEUS VÍNCULOS FAMILIARES: ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim

VOCÊ SENTE QUE PODE CONFIAR NAS PESSOAS AO SEU REDOR? ☐ Sim ☐ Não

COM RELAÇÃO AO SEU PARCEIRO(A), SENTE CONFIANÇA? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho parceiro ☐ Não sei dizer

VOCÊ SE SENTE DEPRIMIDO COM FREQUÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não

Qual frequência? ☐ 01 vez por semana ☐ 02 vezes por semana ☐ 03 vezes por semana ☐ 04 vezes por semana.

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

TEM DIFICULDADE DE DORMIR? ☐ Sim ☐ Não

## **BLOCO 9 - VIOLÊNCIA**

VOCÊ SOFREU ALGUMA VIOLÊNCIA? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual foi o tipo de violência? ☐ Física ☐ Psicológica ☐ Sexual ☐ Patrimonial ☐ Moral ☐ Doméstica ☐ Outra

## **BLOCO 10 – CONTROLE DE ATENDIMENTO/CONSULTAS**

Data	Acolhimento/Atendimento	Encaminhamentos

AO FIM: SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO POR EMAIL