

PESQUISA

OCORRÊNCIA DE CASOS DE VDS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM SP E DESENVOLVIMENTO DE TECNOLOGIAS PARA PROGRAMA SAÚDE DA MULHER

Ficha de Leitura de Prontuários Médicos – 15/05/01

1. Serviço _____ nº questionário _____ 1.
 2. Nº do Prontuário _____ 2.
Iniciais da usuária _____
 3. Data da aplicação da entrevista: ___/___/___ 3.
 4. Data de inscrição no serviço: ___/___/___ 4.
 5. Data de nascimento: ___/___/___ 5.
6. Uso de serviço no último ano (referência: data da entrevista):

Atividade de Atendimento	Registro de Violência			Nº de vezes que passou por cada atividade	
	Fís.	Sex.	Psic.		
6.a Pronto atendimento					
6.b Pré-natal – médico					
6.c Pré-natal – enfermagem					
6.d Ginecologista					
6.e Outras Consultas Médicas (agendadas)					
6.f Saúde Mental					
6.g Atendimento Enfermagem					
6.h Assistente Social					
6.i Grupos					
6.j Outras Atividades					
6.k TOTAL					

7. Uso de serviço na vida:

Atividade de Atendimento	Registro de Violência			Nº de vezes que passou por cada atividade	
	Fís.	Sex.	Psic.		
7.a Pronto atendimento					
7.b Pré-natal – médico					
7.c Pré-natal – enfermagem					
7.d Ginecologista					
7.e Outras Consultas Médicas (agendadas)					
7.f Saúde Mental					
7.g Atendimento Enfermagem					
7.h Assistente Social					
7.i Grupos					
7.j Outras Atividades					
7.k TOTAL					

8. Relato espontâneo de violência no atendimento (se houver pelo menos 1 relato, assinalar SIM):

0. não () 1. sim ()

8.

9. Relato no questionário individual (a ser preenchido na codificação):

0. relato negativo () 1. relato positivo ()

9.

10. Data da avaliação do prontuário: ____ / ____ / ____

10.

11. Avaliador do prontuário _____

11.

1. **Serviço** _____ **Porta** _____

2. **Nº do Prontuário** _____

3. **Data da entrevista:** ___/___/___

4. **Data do Atendimento:** ___/___/___

5. **Tipo de Atendimento**

Pronto Atendimento 1.

Pré Natal 2. individual

Ginecologia 4. individual

Saúde Mental 6. individual

Serviço Social 8.

Outros 9. individual

Não identificado 11.

3. Grupo

5. Grupo

7. Grupo

10. Grupo

1. _____

2. _____

3. ___/___/___

4. ___/___/___

5. _____

6. Queixas/ Diagnóstico

1. depressão/ baixa auto-estima/ cansaço/ chora muito / tristeza / perda de interesse

2. desmaio

3. disfunção sexual (dificuldade de orgasmo, conflitos em relação à frequência da atividade sexual, alteração na libido, vaginismo)

4. distúrbios alimentares e/ou falta de apetite e/ou aumento de apetite

5. insônia/ dorme mal/ pesadelos

6. nervosismo/ ansiedade/ palpitações/ angústia

7. problemas de memória / confusão mental

8. somatização

9. tentativa de suicídio

10. tontura

11. anemia

12. cardiopatias

13. dor de cabeça

14. dor de estômago e/ou azia e/ou enjôos

15. dor em baixo ventre e/ou cólicas uterinas

16. dores abdominais e/ou diarreias e/ou cólicas intestinais

17. obstipação intestinal

18. dores em outras partes do corpo

19. edemas em membros inferiores / pernas inchadas

20. hematomas/ fraturas/qq forma de lesão

21. DST's

22. ferida e/ou verruga vaginal e/ou condiloma

23. falta de ar e/ou dificuldade de respiração e/ou asma / respiração curta ou suspiro

24. gripe e/ou resfriado e/ou sinusite

25. hipertensão arterial e/ou aumento de PA

26. infecção urinária e/ou queixas urinárias

27. leucorréia /corrimento vaginal e/ou dor, ardor, coceira na vagina

28. menstruação dolorosa / irregularidade / distúrbios menstruais

29. dor na relação sexual / sangramento pós relação

30. nódulo mamário

31. obesidade e/ou sobrepeso

32. aborto e/ou complicações na gestação

33. gravidez não planejada e/ou não desejada

34. problemas de relacionamento com familiares

35. violência (física e/ou psicológica)

36. violência sexual

37. sexo não seguro

38. quer fazer exames de DST's

39. quer fazer teste HIV

40. retorno agendados, educação e orientação preventivas e/ou contracepção e/ou exames

41. uso e/ou abuso de álcool / drogas

42. uso/abuso de álcool/drogas pelo companheiro(a)

43. veio fazer teste HIV a pedido

44. vem fazer pregnosticon

45. outros _____

46. sem registro

47. ilegível

6a. _____

6b. _____

6c. _____

7. A paciente está: 1. grávida 2. puérpera 3. não grávida nem puérpera 7.

8. **Conduta:** 1. sim 2. não 8.

9. Encaminhamento:

Interno ao serviço 1. Saúde Mental 2. Outros _____

Externo 3. Saúde Mental 4. Outros _____

Não houve 5.

Ilegível 6.

9a.

9b.

9c.

9d.

10. **Avaliador do prontuário** _____ 10.

Data da leitura de prontuário ____/____/____