



FICHA CLÍNICA DO CLIMATÉRIO

GRUPO: _____

PRONTUÁRIO N°: _____ N° CARTÃO SUS: _____

NOME: _____

QUEIXA E DURAÇÃO: _____

H.D.M.A: _____

I.S.D.A: _____

ANTECEDENTES FAMILIÁRES:

FLEBITES	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	CA DE OVÁRIO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	CA DE COLO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	CA DE AP. DIGESTIVO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
DISLIPIDIMIA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	CA DE ENDOMÉTRIO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	CA DE MAMA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	OUTROS	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
AVC	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	IM	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>						

ANTECEDENTES PESSOAIS:

CA GINECOLÓGICO OU MAMA	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	DOENÇAS REUMÁTICAS	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	NEFROPATIAS	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	ÁLCOOL	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>
DOENÇAS HEPÁTICAS	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	CIRURGIA ANTERIOR	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	DROGAS	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	FUMO	SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES MENSTRUAIS:

MENARCA: _____ FM: _____ DUM: _____

ANTECEDENTES SEXUAIS: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

G: _____ PA: _____
 IDADE DO 1º PARTO: _____ IDADE DO ÚLTIMO PARTO: _____

EXAME FÍSICO GERAL:

PA: _____ PESO: _____ P: _____ ALTURA: _____ IMC: _____
 KG M

MAMAS: _____

EXAME GINECOLÓGICO:

VULVA: _____

EXAME ESPECULAR: _____

TOQUE VAGINAL: _____

EXAME RETAL: _____
