



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Nº CARTÃO SUS: _____



FICHA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

UNIDADE: _____ REGISTRO Nº: _____ FF / FI: _____ DATA: _____ D.N.: _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____ CEP: _____ TELEFONE: _____

DATA NASCIMENTO: _____ COR: _____ GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

1	BRANCA	3	AMARELA	1	ANALFABETO	3	2º GRAU	5	SUPERIOR
2	PRETA	4	PARDA	2	1º GRAU	4	TÉCNICO 2ºGRAU	6	IGNORADO

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

G: _____ P: _____ A: _____ C: _____ FILHOS VIVOS: _____ ÚLTIMA GRAVIDEZ EM (DATA DO TÉRMINO): _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

DIABETES | ICTERÍCIA | TABAGISMO | HIPERTENSÃO | VARIZES | DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

CITOLOGIA ONCÓTICA:

DATA: _____ RESULTADO: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Nº CARTÃO SUS: _____



FICHA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

UNIDADE: _____ REGISTRO Nº: _____ FF / FI: _____ DATA: _____ D.N.: _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____ CEP: _____ TELEFONE: _____

DATA NASCIMENTO: _____ COR: _____ GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

1	BRANCA	3	AMARELA	1	ANALFABETO	3	2º GRAU	5	SUPERIOR
2	PRETA	4	PARDA	2	1º GRAU	4	TÉCNICO 2ºGRAU	6	IGNORADO

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

G: _____ P: _____ A: _____ C: _____ FILHOS VIVOS: _____ ÚLTIMA GRAVIDEZ EM (DATA DO TÉRMINO): _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

DIABETES | ICTERÍCIA | TABAGISMO | HIPERTENSÃO | VARIZES | DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

CITOLOGIA ONCÓTICA:

DATA: _____ RESULTADO: _____

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS:

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS:		INÍCIO	DURAÇÃO	TÉRMINO	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS:		INÍCIO	DURAÇÃO	TÉRMINO
PÍLULA					PRESERVATIVO				
DIU					BILLINGS				
DIAFRAGMA					TABELA				

MÉTODO INDICADO:

ACEITO NÃO ACEITO

RETORNOS

DATA	TEMPERATURA	PESO	P.A.	EDEMA	MAMA	C.O. (DATA / RESULTADO)	OUTROS	CONDUTA

INTERCORRÊNCIA:

ASSINATURA:

RETORNOS

DATA	TEMPERATURA	PESO	P.A.	EDEMA	MAMA	C.O. (DATA / RESULTADO)	OUTROS	CONDUTA

INTERCORRÊNCIA:

ASSINATURA:

RETORNOS

DATA	TEMPERATURA	PESO	P.A.	EDEMA	MAMA	C.O. (DATA / RESULTADO)	OUTROS	CONDUTA

INTERCORRÊNCIA:

ASSINATURA:

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS:

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS:		INÍCIO	DURAÇÃO	TÉRMINO	USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS:		INÍCIO	DURAÇÃO	TÉRMINO
PÍLULA					PRESERVATIVO				
DIU					BILLINGS				
DIAFRAGMA					TABELA				

MÉTODO INDICADO:

ACEITO NÃO ACEITO

RETORNOS

DATA	TEMPERATURA	PESO	P.A.	EDEMA	MAMA	C.O. (DATA / RESULTADO)	OUTROS	CONDUTA

INTERCORRÊNCIA:

ASSINATURA:

RETORNOS

DATA	TEMPERATURA	PESO	P.A.	EDEMA	MAMA	C.O. (DATA / RESULTADO)	OUTROS	CONDUTA

INTERCORRÊNCIA:

ASSINATURA:

RETORNOS

DATA	TEMPERATURA	PESO	P.A.	EDEMA	MAMA	C.O. (DATA / RESULTADO)	OUTROS	CONDUTA

INTERCORRÊNCIA:

ASSINATURA: