



# 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

