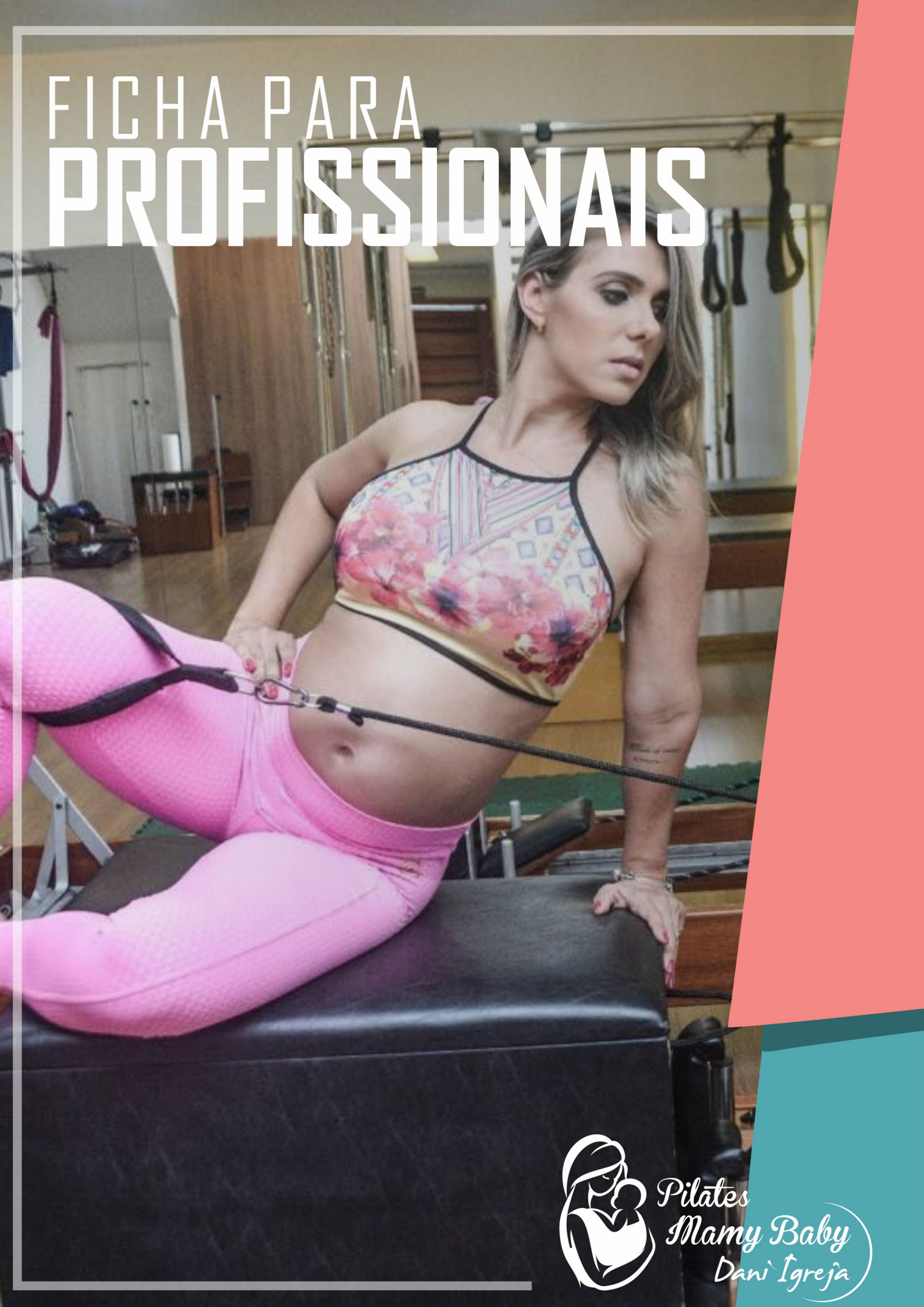
FICHA PARA PROFISSIONAIS



Pilates Mamy Baby
Dani Igreja

DADOS PESSOAIS

DATA DE AVALIAÇÃO: ___/___/___

NOME: _____ SEMANA GESTACIONAL ATUAL: _____

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA ( ) CASADA ( ) IDADE: _____ DATA NASC: ___/___/_____

PROFISSÃO: _____ CONTATO: ( ) _____

FISIOTERAPEUTA PELVICA: _____ CONTATO: ( ) _____

EM CASO DE EMERGENCIA

NOME: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____ CONTATO: ( )_____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

HISTÓRICO DA GESTAÇÃO

SANGRAMENTO? SIM ( ) NÃO ( )

EM QUAL SEMANA GESTACIONAL: ____

HEMATOMA: SIM ( ) NÃO ( )

VOMITOS: SIM ( ) NÃO ( )

CEFALEIA: SIM ( ) NÃO ( )

AZIA: SIM ( ) NÃO ( )

DIABETES GESTACIONAL: SIM ( ) NÃO ( ) INSULINA: SIM ( ) NÃO ( )

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL: SIM ( ) NÃO ( )

NOME: _____

NUMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES: ____

TIPO DE PARTOS ANTERIORES: _____

ALGUMA INTERCORRENCIA NOS PARTOS ANTERIORES: SIM ( ) NÃO ( )

QUAL? _____

ABORTOS: SIM ( ) NÃO ( ) EM QUAL SEMANA GESTACIONAL: Nº_____

CICATRIZES: EPISIOTOMIA ( ) CEZARIANA( ) OUTRAS CICATRIZ ULTERINA ( )

TEMPO DA ULTIMA GESTAÇÃO: _____

AMAMENTAÇÃO DURANTE A GESTAÇÃO: SIM ( ) NÃO ( )

AVALIAÇÃO DO US:

SEMANA GESTACIONAL: _____ POSICIONAMENTE DO BEBE: _____

ILA:_____PERCENTIL:_____PESO DO BEBE:_____

DDP: _____

ASPECTO PISICOLÓGICOS:

MUDANÇA DE PERSONALIDADE: SIM ( ) NÃO ( )

QUAIS: _____

GRAVIDEZ PLANEJADA: SIM ( ) NÃO ( )

SONO: ( ) ÓTIMO ( ) BOM( ) RUIM

PATOLOGIAS ANTERIORES:

CONDROMALOCEA ( ) HÉRNIA( ) ESCOLIOSE ( ) HIPERLORDOSE ( ) HIPERCIFOSE ( )

FROUXIDÃO LIGAMENTAR OUTROS( )

_____

FAZIA ATIVIDADE ANTES DA GESTAÇÃO: SIM ( ) NÃO ( )

QUAL:_____

ATIVIDADE NA GESTAÇÃO: SIM ( ) NÃO ( ) QUAL: : _____

DIÁSTESE ANTERIOR: ( ) SIM NÃO ( ) TRATAMENTO : _____ **PELE**

( ) ESTRIAS ( ) CICATRIZES ( ) EDEMA

PATOLOGIAS RESPIRATÓRIAS:

SIM ( ) NÃO ( ) QUAL: _____

PÉLVE:

PROTECE/ CIRURGIA DE QUADRIL: SIM ( ) NÃO ( )

DOR NAS REGIOES: PÚBIS/ LOMBAR/ VAGINAL: _____

OUTROS: _____

PERDA DE URINA: SIM ( ) NÃO ( )

QUANDO: _____ HÁ QUANTO TEMPO: _____

TEM DOR NA RELAÇÃO SEXUAL: SIM ( ) NÃO ( )

OUTROS: _____

PATOLOGIAS DE PERÍNEO: SIM ( ) NÃO ( ) QUAL: _____

HEMORROIDAS: SIM ( ) NÃO ( )

INFECÇÃO URINÁRIA FREQUENTES ( ) SIM ( ) NÃO

FISIOTERAPIA PELVICA: SIM ( ) NÃO ( )

SEMANA GESTACIONAL	QUEIXA	ALTERAÇÃO EM EXAMES
1 - 14 SEMANAS		
22 - 26 SEMANAS		
28 - 35 SEMANAS		
36 TRABALHO DE PARTO		