

Data de preenchimento no termo: | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | ID inquiridor | _ | _ |

Data de preenchimento no puerpério: | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | ID inquiridor | _ | _ |

QUESTIONÁRIO DA MÃE

I. IDENTIFICAÇÃO

Vamos-lhe fazer algumas perguntas que dizem respeito à sua história de saúde e da dos seus familiares mais próximos.

Como tal, antes de mais, é importante saber se:

1. **É adoptada?** Sim Não (passar à pergunta 2) N/S (passar à pergunta 2)

1.1. Se sim, desde que idade? | _ | _ | dias/meses/anos* N/S

2. **Relativamente aos seus pais biológicos:**

2.1. De onde são naturais?

Pai: Freguesia: _____ Concelho: _____ País: _____

N/S

Mãe: Freguesia: _____ Concelho: _____ País: _____

N/S

2.2. Em que ano nasceram os seus pais?

Pai: | _ | _ | _ | _ | N/S

Mãe: | _ | _ | _ | _ | N/S

2.3. Ainda estão vivos?

Pai Sim Não N/S

Mãe Sim Não N/S

3. **Os seus pais biológicos, ou se adoptada os seus pais adoptivos, divorciaram-se ou separaram-se?**

Sim Não (passar à pergunta 4) N/S (passar à pergunta 4)

Não se aplica (passar à pergunta 4)

3.1. Se sim, qual era a sua idade quando isso aconteceu? | _ | _ | meses/anos N/S

4. **Qual o grau académico mais avançado que concluíram os seus pais biológicos/adoptivos?**

	Pai	Mãe
Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primeiro ciclo do ensino básico (4ºano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segundo ciclo do ensino básico (6ºano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terceiro ciclo do ensino básico (9ºano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário (12ºano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não Sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. **Qual a sua data de nascimento?** |__|_| - |__|_| - |__|_|_|_|_|

6. **De onde é natural?** N/S

Freguesia: _____ Concelho: _____ País: _____

(se nasceu fora de Portugal Continental e Ilhas, passar à pergunta 8)

7. **Alguma vez residiu fora de Portugal por mais de seis meses?**

Sim Não (passar à pergunta 9)

7.1. Se sim, onde? (se residiu em vários locais, referir aquele onde passou mais tempo)

Cidade: _____ País: _____

7.2. Quando?

Entre |__|_| - |__|_| - |__|_|_|_|_| e |__|_| - |__|_| - |__|_|_|_|_|

(se nasceu em Portugal Continental e Ilhas, passar à pergunta 9)

8. **Vive em Portugal desde quando?** |__|_| - |__|_| - |__|_|_|_|_|

9. **Qual a sua situação marital actual?**

- Casada
- “União de facto”
- Solteira
- Viúva
- Separada
- Divorciada

9.1. Se está casada ou vive em união de facto,

9.1.2. Há quanto tempo? | | | | meses/anos*

9.1.3. Qual a nacionalidade do seu marido/companheiro? _____

(se a nacionalidade da mulher, do companheiro e/ou dos seus pais for portuguesa, passar à pergunta 10)

9.1.4. Qual(is) a(s) língua(s) que se fala(m) em casa?

10. **Quantos anos de escolaridade formal tem completos?** | | | | anos

10.1. Com que idade completou essa escolaridade? | | | | anos NS

11. **Qual o máximo grau académico que completou?**

Idade com que
completou¹

- | | | | |
|---|--------------------------------------|------|-----------------------------|
| Primeiro ciclo do ensino básico (4ºano) | <input type="checkbox"/> | anos | NS <input type="checkbox"/> |
| Segundo ciclo do ensino básico (6ºano) | <input type="checkbox"/> | anos | NS <input type="checkbox"/> |
| Terceiro ciclo do ensino básico (9ºano) | <input type="checkbox"/> | anos | NS <input type="checkbox"/> |
| Ensino secundário (12ºano) | <input type="checkbox"/> | anos | NS <input type="checkbox"/> |
| Bacharelato | <input type="checkbox"/> Qual? _____ | anos | NS <input type="checkbox"/> |
| Licenciatura | <input type="checkbox"/> Qual? _____ | anos | NS <input type="checkbox"/> |
| Mestrado | <input type="checkbox"/> Qual? _____ | anos | NS <input type="checkbox"/> |
| Doutoramento | <input type="checkbox"/> Qual? _____ | anos | NS <input type="checkbox"/> |
| Outro | <input type="checkbox"/> Qual? _____ | anos | NS <input type="checkbox"/> |

¹Preencher em mais do que um grau académico caso não tenham sido obtidos de forma continuada

12. **Qual é a sua profissão?** _____

13. **Qual é a profissão do seu marido/companheiro?**

Não tem marido/companheiro

14. **Indique qual é a sua condição perante o trabalho, bem como a dos seus pais e companheiro.** (Se adoptada recolher informação sobre os pais adoptivos)

	Própria	Pai	Mãe	Companheiro
Exerce profissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doméstico(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhador(a)-estudante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempregado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procura primeiro emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacitado(a) permanente para o trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frequenta curso de formação profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reformado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não se aplica (falecido(a) e/ou sem companheiro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra situação. Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.1. Se está desempregada, incapacitada permanentemente ou reformada, há quanto tempo se encontra nessa situação? |__|__| meses/anos* N/S

15. **Indique qual é a sua situação na profissão, bem como a dos seus pais e companheiro.**

(se a própria, os pais ou o companheiro não estão activos, refira-se à(s) sua(s) profissão(ões) anterior(es). Se adoptada recolher informação sobre os pais adoptivos. Doméstica(o) ou Estudante, incluir em "outra situação")

	Própria	Pai	Mãe	Companheiro
Patrão / Patroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhador(a) por conta de outrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhador(a) em empresa familiar remunerado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhador(a) em empresa familiar não remunerado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalhador(a) independente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não se aplica (falecido(a) e/ou sem companheiro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra situação Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. **Descreva resumidamente as tarefas que desempenha** (Se não está activa, refira-se à profissão anterior).

Nunca esteve activa

17. Como se posiciona relativamente ao nível de autonomia e autoridade no seu trabalho?

(Se não está activa, refira-se à profissão anterior)

Nunca esteve activa

Nenhuma Autonomia	1	2	3	4	5	Total Autonomia
----------------------	---	---	---	---	---	--------------------

Nenhuma Autoridade	1	2	3	4	5	Total Autoridade
-----------------------	---	---	---	---	---	---------------------

18. Durante a gravidez esteve “de baixa”?

Sim

Não (passar à pergunta 19)

Não estava activa (passar à pergunta 19)

18.1. Se sim, em que trimestre(s), por quanto tempo e qual o motivo?

1º T **Sim** | _ | _ | dias

Não

Motivo _____

2º T **Sim** | _ | _ | dias

Não

Motivo _____

3º T **Sim** | _ | _ | dias

Não

Motivo _____

II. O SEU NASCIMENTO

Procure lembrar-se de algumas características relacionadas com o seu próprio nascimento.

19. Nasceu em casa?

Sim

Não (passar à pergunta 20)

N/S (passar à pergunta 20)

19.1. Se sim, quem acompanhou a sua mãe durante o parto?

Médico

Sim

Não

N/S

Parteira / Enfermeira

Sim

Não

N/S

Conhecido

Sim

Não

N/S

Outro. Quem? _____

Sim

Não

N/S

20. Quanto pesava quando nasceu? | _ | _ | _ | _ | g (Caso não saiba o peso exacto, indicar peso aproximado)

<2500g

2500-4000g

>4000g

N/S

21. Quantas semanas de gravidez tinha a sua mãe quando a senhora nasceu?

| _ | _ | Semanas

Apenas sabe que nasceu:

Antes do tempo (<37 semanas)

Com o tempo todo (≥37 semanas)

N/S

22. Quando nasceu foi internada numa unidade de cuidados especiais/intensivos para além do tempo habitual de internamento?

Sim

Não (passar à pergunta 23)

N/S (passar à pergunta 23)

22.1. Se sim, onde? _____ N/S

22.2. Porquê? N/S

23. Foi amamentada pela sua mãe? Sim Não N/S

III. A FAMÍLIA EM QUE FOI CRIADA

Gostaria agora que se lembrasse da época em que tinha doze anos.

24. Quem eram as pessoas com quem vivia quando tinha 12 anos e qual o grau de parentesco?

		N/S
Pai biológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mãe biológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irmãos biológicos. Quantos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irmãs biológicas. Quantas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avô materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avó materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avô paterno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avó paterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Considerar como "outro" pais adoptivos, madastra/padastro, meios-irmãos/irmãs ou se vivia num lar, orfanato ou colégio interno

24.1. Onde vivia?

Casa arrendada

Casa própria

Casa de familiares

Outra. Qual? _____

N/S

(Se vivia num orfanato ou num lar, passar à pergunta 26)

25. **Gostáramos de fazer algumas perguntas sobre as condições de vida na sua casa quando tinha 12 anos. Dos elementos que lhe vou referir, qual ou quais a sua família possuía ou usufruía?**

	Sim	Não	N/S
Automóvel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empregada(s) para tarefas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passava férias fora de casa (pelo menos uma semana por ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máquina de lavar roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suficiente aquecimento em casa quando fazia frio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Era membro de alguma associação social ou cultural (ex. conjunto musical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Era membro de um clube desportivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. **Quando tinha 12 anos, qual era a profissão e a função do seu pai?** (se já não trabalhava, ou tinha falecido, diga a última função. Se vivia com o pai adoptivo ou padrasto refira-se a esse)

N/S Não conheceu

27. **Quando tinha 12 anos, qual era a profissão e a função do seu mãe?** (se já não trabalhava, ou tinha falecido, diga a última função. Se vivia com a mãe adoptiva ou madrasta refira-se a essa)

N/S Não conheceu

IV. A SUA SITUAÇÃO ACTUAL

28. **Onde vive?**

- Em casa própria
- Em casa arrendada por si e/ou companheiro
- Em casa dos pais
- Em casa dos pais do marido/companheiro
- Em parte da casa dos pais ou pais do companheiro
- Outra situação. Qual? _____

29. Quantas salas e quartos (incluindo escritório) tem a sua casa? |_|_|

30. Quais e quantas pessoas vivem consigo? Se têm 18 anos ou menos de idade, quais as suas idades?

	Sim	Não	Nº	Idade (anos)
Marido / Companheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_ _
Seus pais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	
Pais do marido / companheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	
Filho(s) biológico(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Filho(s) adoptivo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Enteado(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Sobrinho(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Irmão(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Outros familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _

31. Tem animais de estimação em casa? Sim Não (passar à pergunta 32)

31.1. Se sim, quais e quantos?

Gatos	_ _
Cães	_ _
Coelhos	_ _
Roedores (ratos, hamsters, etc.)	_ _
Pássaros. Quais? _____	_ _
Outros. _____	_ _

32. Vou agora fazer-lhe uma pergunta sobre um assunto que muita gente acha pouco simpático mas que é um dado útil para prever a saúde. **Se me quiser responder, gostaria que situasse num dos seguintes intervalos o rendimento mensal total (incluindo vencimentos e outras fontes de rendimento) de todas pessoas que vivem na sua casa:**

< 500 €	<input type="checkbox"/>	1501 – 2000 €	<input type="checkbox"/>	>3000 €	<input type="checkbox"/>
500 – 1000 €	<input type="checkbox"/>	2001 – 2500 €	<input type="checkbox"/>	N/S	<input type="checkbox"/>
1001 – 1500 €	<input type="checkbox"/>	2501 – 3000 €	<input type="checkbox"/>	Prefere não dizer	<input type="checkbox"/>

32.1. Qual é o membro do agregado que mais contribui para o rendimento mensal?

N/S

V. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Seguidamente, vou fazer-lhe algumas perguntas relativamente à saúde dos seus familiares mais próximos.

33. O seu PAI biológico sofre ou alguma vez sofreu de alguma das seguintes doenças? Se sim, com que idade lhe foi/foram diagnosticada(s)? (se não souber a idade exacta, recorra a um dos intervalos apresentados)

Não conheceu (passar à pergunta 34)

	Sim	Não	N/S	Idade de diagnóstico(anos)				
Diabetes (com insulino terapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ anos	<20 <input type="checkbox"/>	20-40 <input type="checkbox"/>	> 40 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Diabetes (sem insulino terapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ anos	<20 <input type="checkbox"/>	20-40 <input type="checkbox"/>	> 40 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ anos	<55 <input type="checkbox"/>	55-65 <input type="checkbox"/>	> 65 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Enfarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ anos	<55 <input type="checkbox"/>	55-65 <input type="checkbox"/>	> 65 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ anos	<10 <input type="checkbox"/>	10-20 <input type="checkbox"/>	> 20 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Cancro. Qual(is)?				_ _ anos				
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<30 <input type="checkbox"/>	30-49 <input type="checkbox"/>	50-64 <input type="checkbox"/>	>65 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>

(Se o pai ainda for vivo, passar à pergunta 35)

34. Se o pai já faleceu,

34.1. Em que ano e com que idade faleceu? |_|_|_|_| (ano) |_|_|_| anos N/S

34.2. Qual a causa da morte? _____
N/S

35. A sua MÃE biológica sofre ou alguma vez sofreu de alguma das seguintes doenças? Se sim, com que idade lhe foi/foram diagnosticada(s)? (se não souber a idade exacta, recorra a um dos intervalos apresentados)

Não conheceu (passar à pergunta 36)

	Sim	Não	N/S	Idade (anos)				
Diabetes (com insulino terapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ anos	<20 <input type="checkbox"/>	20-40 <input type="checkbox"/>	> 40 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Diabetes (sem insulino terapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ anos	<20 <input type="checkbox"/>	20-40 <input type="checkbox"/>	> 40 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ anos	<55 <input type="checkbox"/>	55-65 <input type="checkbox"/>	> 65 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Enfarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ anos	<55 <input type="checkbox"/>	55-65 <input type="checkbox"/>	> 65 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ anos	<10 <input type="checkbox"/>	10-20 <input type="checkbox"/>	> 20 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Cancro. Qual(is)?				_ _ anos				
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<30 <input type="checkbox"/>	30-49 <input type="checkbox"/>	50-64 <input type="checkbox"/>	>65 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>

(Se a mãe ainda for viva, passar à pergunta 37)

36. **Se a mãe já faleceu,**

36.1. Em que ano e com que idade faleceu? |__|__|__|__| (ano) |__|__|__| anos N/S

36.2. Qual a causa da morte? _____
N/S

37. **Quantos IRMÃOS E/OU IRMÃS tem ou teve?**

	Irmãos		Irmãs
Irmãos biológicos	__ __ N/S <input type="checkbox"/>		__ __ N/S <input type="checkbox"/>
Meios-irmãos	__ __ N/S <input type="checkbox"/>		__ __ N/S <input type="checkbox"/>

(Se nunca teve ou não sabe que teve irmãs(o) biológicas(o) ou meias(os)-irmãos(os), passar à pergunta 40)

38. **Os seus IRMÃOS biológicos e/ou meios-irmãos:** Nunca teve irmãos/meios-irmãos (passar à pergunta 39)

38.1. **Sofrem ou alguma vez sofreram de alguma das seguintes doenças?**

				Se sim, quantos?	
	Sim	Não	N/S	Irmãos	Meios-irmãos
Diabetes (com insulino-terapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Diabetes (sem insulino-terapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Enfarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Cancro. Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __

38.2. **Se tiveram alguma destas doenças qual(is) a(s) sua(s) idade(s) quando foram diagnosticadas (registar a idade mais nova no caso de vários irmãos)?** (se não souber a idade exacta, recorra a um dos intervalos apresentados)

	Idade de diagnóstico (anos)				
Diabetes (com insulino-terapia)	__ __ anos	<20 <input type="checkbox"/>	20-40 <input type="checkbox"/>	> 40 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Diabetes (sem insulino-terapia)	__ __ anos	<20 <input type="checkbox"/>	20-40 <input type="checkbox"/>	> 40 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
AVC	__ __ anos	<55 <input type="checkbox"/>	55-65 <input type="checkbox"/>	> 65 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Enfarte	__ __ anos	<55 <input type="checkbox"/>	55-65 <input type="checkbox"/>	> 65 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Asma	__ __ anos	<10 <input type="checkbox"/>	10-20 <input type="checkbox"/>	> 20 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Cancro de _____	__ __ anos	<30 <input type="checkbox"/>	30-49 <input type="checkbox"/>	50-64 <input type="checkbox"/>	>65 <input type="checkbox"/> N/S <input type="checkbox"/>
Cancro de _____	__ __ anos	<30 <input type="checkbox"/>	30-49 <input type="checkbox"/>	50-64 <input type="checkbox"/>	>65 <input type="checkbox"/> N/S <input type="checkbox"/>

38.3. **Algun dos seus irmãos já faleceu?** Sim Não (passar à pergunta 39) N/S (passar à pergunta 39)

38.3.1. Se faleceu/faleceram, qual a idade e a causa?

Idade: _ _ anos	N/S <input type="checkbox"/>	Causa: _____	N/S <input type="checkbox"/>
Idade: _ _ anos	N/S <input type="checkbox"/>	Causa: _____	N/S <input type="checkbox"/>
Idade: _ _ anos	N/S <input type="checkbox"/>	Causa: _____	N/S <input type="checkbox"/>
Idade: _ _ anos	N/S <input type="checkbox"/>	Causa: _____	N/S <input type="checkbox"/>
Idade: _ _ anos	N/S <input type="checkbox"/>	Causa: _____	N/S <input type="checkbox"/>

39. **As suas IRMÃS biológicas e/ou meias-irmãs:** Nunca teve nenhuma irmã/meia-irmã (passar à pergunta 40)

39.1. **Sofrem ou alguma vez sofreram de alguma das seguintes doenças?**

				Se sim, quantas?	
	Sim	Não	N/S	Irmãs	Meias-irmãs
Diabetes (com insulinoaterapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Diabetes (sem insulinoaterapia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Enfarte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Cancro. Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _

39.2. **Se tiveram alguma destas doenças qual(is) a(s) sua(s) idade(s) quando foram diagnosticadas (registar a idade mais nova no caso de várias irmãs)?** (se não souber a idade exacta, recorra a um dos intervalos apresentados)

	Idade de diagnóstico (anos)				
Diabetes (com insulinoaterapia)	_ _ anos	<20 <input type="checkbox"/>	20-40 <input type="checkbox"/>	> 40 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Diabetes (sem insulinoaterapia)	_ _ anos	<20 <input type="checkbox"/>	20-40 <input type="checkbox"/>	> 40 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
AVC	_ _ anos	<55 <input type="checkbox"/>	55-65 <input type="checkbox"/>	> 65 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Enfarte	_ _ anos	<55 <input type="checkbox"/>	55-65 <input type="checkbox"/>	> 65 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Asma	_ _ anos	<10 <input type="checkbox"/>	10-20 <input type="checkbox"/>	> 20 <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Cancro de _____	_ _ anos	<30 <input type="checkbox"/>	30-49 <input type="checkbox"/>	50-64 <input type="checkbox"/>	>65 <input type="checkbox"/> N/S <input type="checkbox"/>
Cancro de _____	_ _ anos	<30 <input type="checkbox"/>	30-49 <input type="checkbox"/>	50-64 <input type="checkbox"/>	>65 <input type="checkbox"/> N/S <input type="checkbox"/>

39.3. **Alguma das suas irmãs já faleceu?** Sim Não (passar à pergunta 40) N/S (passar à pergunta 40)

39.3.1. Se faleceu/faleceram, qual a idade e causa?

Idade: |_|_| anos N/S Causa: _____ N/S

Idade: |_|_| anos N/S Causa: _____ N/S

Idade: |_|_| anos N/S Causa: _____ N/S

Idade: |_|_| anos N/S Causa: _____ N/S

Idade: |_|_| anos N/S Causa: _____ N/S

AGORA EM RELAÇÃO A SI...

40. **Antes de engravidar, alguma vez um médico lhe diagnosticou uma doença que a obrigue ou tenha obrigado a tratamento continuado?** (Antes de assinalar Não, devem ser consideradas todas as doenças indicadas, bem como quaisquer outras que sejam relevantes) Sim Não (passar à pergunta 41)

40.1. Se sim, qual(is) e quando é que lhe foi(ram) diagnosticada(s)?

		Idade de Diagnóstico
Depressão	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Dislipidemia (ex. colesterol elevado)	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Diabetes (não gestacional) Insulinoterapia	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _ _ anos
Hipertensão (não gestacional)	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Alergias. Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Rinite	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Asma	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Bronquite crónica	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Doença do coração. Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Doença dos rins. Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Cancro. Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Tratamento envolveu:		
- Cirurgia. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	
- Radioterapia	<input type="checkbox"/>	
- Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	
Perturbações da visão. Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Problemas de audição. Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	_ _ anos
Outro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	_ _ anos

VI. HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

41. **Que idade tinha quando teve o seu primeiro período menstrual?** | | | | anos

N/S Nunca teve (passar à pergunta 43)

42. **Nos últimos seis meses antes de engravidar os seus períodos eram regulares, isto é, 1 vez por mês, dentro de mais ou menos 5 dias?** Sim Não

43. **Com que idade teve relações sexuais pela primeira vez?** | | | | anos N/S

44. **Alguma vez utilizou algum tipo de contraceptivo hormonal** (ex: pílula, anel vaginal, adesivo, implante)?

Sim Não (passar à pergunta 45)

44.1. **Quais e com que idade iniciou e terminou a utilização?**

Tipo de contraceptivo	Nome comercial	Idade de início	Idade de fim	Uso contínuo (excluindo gravidez(es))			
				Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>	
Oral (pílula)	_____	N/S <input type="checkbox"/> anos	N/S <input type="checkbox"/> anos	N/S <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Anel vaginal	_____	N/S <input type="checkbox"/> anos	N/S <input type="checkbox"/> anos	N/S <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Sistema transdérmico (adesivo)	_____	N/S <input type="checkbox"/> anos	N/S <input type="checkbox"/> anos	N/S <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>
Implante	_____	N/S <input type="checkbox"/> anos	N/S <input type="checkbox"/> anos	N/S <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	N/S <input type="checkbox"/>

44.2. **Quando tomou/utilizou pela última vez um contraceptivo hormonal?** | | | | - | | | | - | | | | | | | N/S

45. **Alguma vez fez contraceção de emergência?** Sim Não (passar à pergunta 46)

45.1. Se sim,

45.1.1. Quantas vezes? | | | | vezes

45.1.2. Quando o fez pela última vez? | | | | - | | | | - | | | | | | |

Se não sabe a data, fez entre os | | | | e os | | | | anos N/S

46. **Já alguma vez fez o "teste de papanicolau"?**

Sim Não (passar à pergunta 47) N/S (passar à pergunta 47)

46.1. Se sim,

46.1.1. Com que idade fez pela 1ª vez? | | | | anos N/S

46.1.2. Faz regularmente?

Sim De quanto em quanto tempo? | | | | anos

Não Quantas vezes fez **mais**? | | | | vezes

46.1.3. Quando fez pela última vez? | | | | - | | | | - | | | | | | |

Se não sabe a data, fez entre os | | | | e os | | | | anos N/S

47. Qual a data do **1º dia da sua última menstruação**? |__|_| - |__|_| - |__|_|_|_|

N/S

Não teve menstruação

48. **Quantas vezes esteve grávida (incluindo a actual gravidez)?** |__|_|

(se for a 1ª gestação passar à pergunta 50)

48.1. Quantas foram do pai deste bebé? |__|_|

49. **Em relação à(s) gravidez(es) anterior(es):**

Gravidezes anteriores	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
Resultado obstétrico ⁽¹⁾					
Obs. ⁽²⁾					
Data do fim da gravidez					
N.º fetos (ao nascimento) (nº/NS)					
Idade gestacional (sem,d / NS))					
Sexo (M/F/NS)					
Peso ao nascer (g)					
Malf. Congénitas (a) (S/N)					
Tipo de parto (E, F, V,C) ⁽³⁾					
DPPNI (S/N)					
Placenta prévia (S/N)					
Diabetes gestacional (S/N)					
Aleitamento materno (S/N)					
Se S, durante quanto tempo? (meses/anos)					
a) em exclusivo					
b) suplementado					

⁽¹⁾ **Resultado obstétrico:** NV - nado-vivo, FM - feto morto > 22 sem, AE - abortamento espontâneo, AI - abortamento induzido, IMG - interrupção médica da gravidez, GE - gravidez ectópica, DT - doença do trofoblasto

⁽²⁾ **Obs.:** Registrar, caso tenha ocorrido, MN - morte neonatal (<28d), MPN - morte pós-neonatal (28d-1ano), Mx - morte aos x anos.

⁽³⁾ **Tipo de parto:** E - eutócico, F - fórceps, V - ventosa, C - cesariana

(a) _____

50. **Alguma vez esteve a tentar engravidar durante mais de um ano sem conseguir?**

Sim

Não (passar à pergunta 51)

50.1. Se sim, quanto tempo? |__|_| (meses/anos)

51. **Alguma vez consultou um médico por não conseguir engravidar?**

Não

(passar à pergunta 52)

Sim, em gravidezes anteriores

Sim, nesta gravidez

Sim, nesta gravidez e em anteriores

51.1. **Disseram-lhe qual a razão para não estar a conseguir engravidar?**

Sim Não (passar à pergunta 51.2.)

51.1.1. Que razão(ões) lhe apresentaram?

RELACIONADAS CONSIGO

- Distúrbios hormonais que afectam a ovulação
- Obstrução das trompas
- Endometriose
- Muco cervical que impede a passagem de espermatozóides
- Outra. Qual? _____

RELACIONADAS COM O SEU PARCEIRO

- Diminuição do número de espermatozóides
- Pouca mobilidade dos espermatozóides
- Espermatozóides anormais
- Ausência da produção de espermatozóides
- Outra. Qual? _____

51.2. Fez algum tipo de medicação? Sim Não (passar à pergunta 52)

51.2.1. Nome(s): _____ N/S

52. **Esta gravidez foi planeada?** Sim Não (passar à pergunta 52.3)

52.1. Se sim, por quem?

- Pela própria
- Pelo pai
- Decisão conjunta dos progenitores

52.2. Se sim, quanto tempo esteve a tentar engravidar?

- Menos de 6 meses
- 6-12 meses
- 1-2 anos
- Mais de 2 anos

52.3. Se não, de que forma encarou esta gravidez?

- Foi imediatamente aceite
- No início existiram sentimentos contraditórios, mas entretanto foi aceite
- Persistiram sentimentos contraditórios durante a gravidez
- Pensou em abortar

53. **Esta gravidez ocorreu espontaneamente?** Sim (passar à pergunta 54) Não
- 53.1. Se não, como ocorreu?
- Por indução da ovulação (passar à pergunta 54)
- Por inseminação artificial homóloga
- Por inseminação artificial heteróloga
- Por fertilização *in vitro*
- Por injeção intracitoplasmática de espermatozóide
- 53.2. Recorreu a ovócito de dadora? Sim Não
- 53.3. Recorreu a espermatozóide de dador? Sim Não
- 53.4. Se realizou fertilização *in vitro* ou injeção intracitoplasmática de espermatozóide, quantos embriões foram transferidos? |_|_| embriões
- 53.5. Qual a data da última transferência de embriões? |_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| N/S

VII. PERCEÇÃO DE BEM-ESTAR

54. **Em geral, antes da gravidez, diria que a sua saúde era:**

Ótima Muito boa Boa Razoável Fraca

55. **Comparando com a sua saúde antes de engravidar, como descreve o seu estado de saúde durante a gravidez?**

Muito melhor Com algumas melhoras Aproximadamente igual
Um pouco pior Muito pior

56. **Durante a gravidez passou por algum dos seguintes acontecimentos? Se sim, em que trimestre(s)?**

	Sim	Não	1ºT	2ºT	3ºT
Mudança de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agravamento da situação financeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roubo ou assalto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desemprego próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desemprego do companheiro ou de outro membro da família de quem dependa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença grave de um filho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença grave do companheiro ou outro membro da família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falecimento de um filho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falecimento do companheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falecimento de outra pessoa próxima. Quem? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Divórcio ou rompimento da relação com o companheiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acidente de automóvel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro acontecimento perturbante. Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. **Violência na gravidez**

Como sabe, entre pessoas são habituais situações de desacordo e até discussões. As pessoas utilizam diferentes formas para resolver os seus problemas. Por isso vou fazer-lhe um conjunto de perguntas relativas à agressividade, às quais gostaria que respondesse de forma sincera. Lembro-lhe que todas as respostas são confidenciais.

57.1. **Alguma vez foi agredida física ou emocionalmente pelo seu marido/companheiro ou alguém importante para si?** Sim Não

57.2. **No último ano alguém lhe bateu, a esbofetou, a pontapeou, ou de outra forma a agrediu fisicamente?**

Sim Não

57.2.1. Se sim, quem?

Marido Companheiro Ex-marido
Outros familiares Namorado Estranho

57.2.2. Número de vezes _____

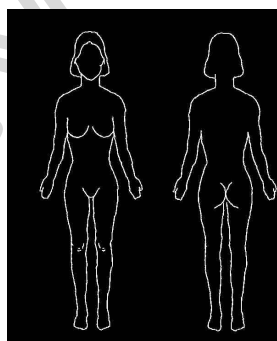
57.3. **Desde que está grávida alguém lhe bateu, a esbofetou, a pontapeou ou de outra forma a agrediu fisicamente?** Sim Não (passar à pergunta 57.4)

57.3.1. Se sim, quem?

Marido Companheiro Ex-marido
Outros familiares Namorado Estranho

57.3.2. Número de vezes _____

57.3.3. Indique o local do corpo onde foi agredida durante a gravidez:



57.3.4. Diga qual o incidente mais grave ocorrido durante a gravidez, de acordo com a escala seguinte:

- 1- Ameaças de agressão, incluindo uso de armas;
- 2- Bofetadas, empurrões, sem lesões e/ou dor duradoura;
- 3- Socos, pontapés, marcas, cortes e/ou dor continuada;
- 4- Espancamento, contusões severas, queimaduras, ossos partidos;
- 5- Lesões da cabeça, internas e/ou permanentes;
- 6- Uso de arma, ferimento por arma.

57.4. Durante o último ano alguém a forçou a ter relações sexuais contra a sua vontade?

Sim Não (passar à pergunta 58)

57.4.1. Se sim, quem?

Marido Companheiro Ex-marido
Outros familiares Namorado Estranho

57.4.2. Número de vezes _____

VIII. HÁBITOS TABÁGICOS

58. Fuma ou alguma vez fumou regularmente (mais de um cigarro por dia)?

Sim Não (passar à pergunta 59)

58.1. Com que idade começou a fumar? |__|__| anos N/S

58.2. Em que período da sua vida fumou o maior número de cigarros? Quantos?

Entre os |__|__| e |__|__| anos N° cigarros/dia: |__|__| cigarros

58.3. Se é ex-fumadora, com que idade parou de fumar? |__|__| anos N/S Não se aplica

58.4. Nos seguintes períodos, quantos cigarros fumava regularmente?

Nos últimos 3 meses antes de engravidar |__|__|__| dia/semana/mês
1º Trimestre |__|__|__| dia/semana/mês
2º Trimestre |__|__|__| dia/semana/mês
3º Trimestre |__|__|__| dia/semana/mês

58.5. Se deixou de fumar durante a gravidez, com quantas semanas parou? |__|__| Semanas

N/S Não se aplica

59. Dentro de casa, quanto tempo estava em contacto com pessoas a fumar?

	3 Meses antes de engravidar	1º T	2º T	3º T
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esporadicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente, menos de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente, 1 a 3 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente, 3 ou mais horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Nos seus **locais de lazer** (restaurantes, cafés, etc), quanto tempo estava em contacto com pessoas a fumar?

	3 Meses antes de engravidar	1º T	2º T	3º T
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esporadicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente, menos de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente, 1 a 3 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente, 3 ou mais horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(se não trabalhou desde os últimos três meses antes de engravidar, passar à pergunta 62)

61. No **local de trabalho**, no espaço físico em que trabalhava, quanto tempo estava em contacto com pessoas a fumar?

	3 Meses antes de engravidar	1º T	2º T	3º T
Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esporadicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente, menos de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente, 1 a 3 horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diariamente, 3 ou mais horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não se aplica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IX. HÁBITOS ALCOÓLICOS

62. Bebe ou alguma vez bebeu bebidas alcoólicas mesmo que apenas ocasionalmente?

Sim

Não (passar à pergunta 63)

62.1. Com que idade começou a beber? | | | | anos N/S

62.2. Se é ex-bebedora, com que idade parou de beber? | | | | anos N/S Não se aplica

62.3. Nos seguintes períodos, com que frequência é que bebia e quais as doses ingeridas?

	3 meses antes de engravidar	D	1ºT	D	2ºT	D	3ºT	D
Vinho (125ml)	 dia/sem/mês*	____	 dia/sem/mês	____	 dia/sem/mês	____	 dia/sem/mês	____
Cerveja (330ml)	 dia/sem/mês*	____	 dia/sem/mês	____	 dia/sem/mês	____	 dia/sem/mês	____
Bebidas brancas (40ml)	 dia/sem/mês*	____	 dia/sem/mês	____	 dia/sem/mês	____	 dia/sem/mês	____
Bebidas espirituosas (40ml)	 dia/sem/mês*	____	 dia/sem/mês	____	 dia/sem/mês	____	 dia/sem/mês	____

Na coluna da dose (D) colocar P-pequeno, I-igual ou G-grande, consoante a dose ingerida foi menor, igual ou maior do que a porção apresentada.

62.4. Nos 3 meses antes de engravidar ou durante a gravidez, alguma vez ingeriu mais de 6 copos num dia?

| | | | vezes

X. CONSUMO DE DROGAS

63. **Consome ou alguma vez consumiu drogas?** Sim Não (passar à pergunta 64)

63.1. **Com que idade começou a consumir drogas?** |__|__| anos N/S

63.2. **Em que período da sua vida consumiu maior quantidade de drogas? Quais e que quantidade?**

Entre os |__|__| e os |__|__| anos

Heroína |__|__| dia/sem/mês

Cocaína |__|__| dia/sem/mês

Cannabis |__|__| dia/sem/mês

Outra. Qual? _____ |__|__| dia/sem/mês

63.3. **Se já não consome, com que idade parou?** |__|__| anos N/S Não se aplica

63.4. **Nos seguintes períodos, quais as drogas e com que frequência é que consumia?**

	3 meses antes de engravidar	1ºT	2ºT	3ºT
Heroína	__ __ dia/sem/mês*	__ __ dia/sem/mês*	__ __ dia/sem/mês*	__ __ dia/sem/mês*
Cocaína	__ __ dia/sem/mês*	__ __ dia/sem/mês*	__ __ dia/sem/mês*	__ __ dia/sem/mês*
Cannabis	__ __ dia/sem/mês*	__ __ dia/sem/mês*	__ __ dia/sem/mês*	__ __ dia/sem/mês*
Outra. Qual? _____	__ __ dia/sem/mês*	__ __ dia/sem/mês*	__ __ dia/sem/mês*	__ __ dia/sem/mês*

XI. HÁBITOS ALIMENTARES

64. **Pense na sua dieta habitual no último ano antes de engravidar. Modificou os seus hábitos alimentares com a gravidez?** (antes de se assinalar *Não*, deve-se considerar um por um todos os alimentos indicados na lista, bem como outros que sejam relevantes) Sim Não (passar à pergunta 65)

64.1. **Que modificações fez e quem a aconselhou a fazê-las?**

	Sim	Não	Aconselhamento			
			M	E	IP	O
Aumentou a ingestão de água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumentou a ingestão de leite e laticínios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumentou a ingestão de hortofrutícolas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumentou o número de refeições diárias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumentou a ingestão globalmente, sem favorecer um grupo particular de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduziu a sua ingestão, de forma global	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Introduziu alimento(s). Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rejeitou alimento(s). Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Outra(s). Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Durante a gravidez quantas refeições fazia diariamente? |_|_|_| refeições

66. Antes e durante a gravidez, em que quantidade e com que frequência ingeria as seguintes bebidas?

	3 meses antes de engravidar	1ºT	2ºT	3ºT
Café	_ _ chávenas/dia/sem	_ _ chávenas/dia/sem	_ _ chávenas/dia/sem	_ _ chávenas/dia/sem
Descafeinado	_ _ chávenas/dia/sem	_ _ chávenas/dia/sem	_ _ chávenas/dia/sem	_ _ chávenas/dia/sem
Chá verde	_ _ chávenas/dia/sem	_ _ chávenas/dia/sem	_ _ chávenas/dia/sem	_ _ chávenas/dia/sem
Chá preto	_ _ chávenas/dia/sem	_ _ chávenas/dia/sem	_ _ chávenas/dia/sem	_ _ chávenas/dia/sem
Colas	_ _ copos/dia/sem	_ _ copos/dia/sem	_ _ copos/dia/sem	_ _ copos/dia/sem

XII. CUIDADOS PRÉ-NATAIS

67. Qual o nome do seu médico assistente (de família)? Não tem

67.1. Em que instituição trabalha o seu médico?

68. Em que local(ais) realizou as consultas durante a gravidez? (indicar nome da instituição ou médico)

- Centro de saúde Qual? _____
- Hospital. Qual? _____
- Médico/clínica particular. Qual? _____

69. Quantas semanas de gravidez tinha quando foi à primeira consulta pré-natal, isto é, especificamente para saber se estava grávida ou por estar grávida?

|_|_| semanas N/S (passar à pergunta 71)

(se 1ª consulta até às 12 semanas, passar à pergunta 71)

70. Porque motivo foi à 1ª consulta com mais de 12 semanas de gravidez?

- Não saber que estava grávida
- Achar que não era necessário
- Não ter marcação de consulta mais cedo
- Outro _____

71. **Quantas consultas efectuou especificamente por estar grávida?** consultas (se não souber o nº exacto recorrer à escala apresentada).

- Menos de 3 consultas
- 3 a 6 consultas
- 7 a 9 consultas
- Mais de 10 consultas

72. **Que exames realizou durante a gravidez?**

	Sim	Não	N/S	Nº	1ºT	2ºT	3ºT
Ecografia (data 1ª: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiografia (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amniocentese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biopsia das Vilosidades Coriônicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Análises Sangue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastreio Bioquímico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastreio Streptococcus Grupo B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro. Qual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(a) Qual a razão? _____

73. **Antes e durante a gravidez fez algum teste de despiste de HIV?**

Sim Não (passar à pergunta 74) N/S (passar à pergunta 74)

73.1. Se sim, quantas vezes realizou o teste antes de engravidar?

vezes Não se aplica N/S

73.2. Se sim, quantas vezes realizou durante a gravidez e em que trimestres?:

vezes Não se aplica N/S

Trimestres: 1º T 2ºT 3ºT N/S

74. **Durante a gravidez teve algum tipo de complicação?** Sim Não (passar à pergunta 75)

74.1. Qual(is)? _____

75. **Esteve internada durante esta gravidez? Se sim, quantas vezes?**

Sim vezes Não (passar à pergunta 76)

75.1. Por que motivo(s)? _____

75.2. Em que local(is)? _____

75.3. Durante quanto tempo? dias/semanas/meses dias/semanas/meses dias/semanas/meses

75.4. Qual o tipo de tratamento(s) recebido? N/S

76. Realizou algum tratamento ou intervenção cirúrgica com anestesia durante a gravidez?

Sim Não (passar à pergunta 77)

76.1. Em que trimestres? 1º T 2º T 3º T

76.2. Por que motivo(s)? _____

76.3. Qual o tipo de anestesia? Local Geral N/S

77. Qual o seu grau de satisfação em relação ao acompanhamento médico que teve durante a gravidez?

(considere os diferentes locais onde teve consultas)

Muito insatisfeita	1	2	3	4	5	Muito satisfeita
--------------------	---	---	---	---	---	------------------

Nome do Local: _____

77.1. Se ficou insatisfeita (pontuação inferior a 3) foi por:

- Mau funcionamento da instituição
- Poucas consultas
- Falta de equipamento médico
- Muito tempo de espera pela consulta (sala espera)
- Consulta curta para esclarecer dúvidas
- Médico diferente em cada consulta
- Outra _____

78. Durante o mesmo período realizou consultas de outra especialidade? Sim Não (passar à pergunta 79)

78.1. Qual(is)? _____

78.2. Quantas? |__|__| consultas (se não souber o nº exacto recorrer à escala apresentada)

- Menos de 3 consultas
- 3 a 6 consultas
- 7 a 9 consultas
- Mais de 10 consultas

79. Já extraiu algum dente (excepto os dentes do siso saudáveis)?

Sim Não (passar à pergunta 80) N/S (passar à pergunta 80)

79.1. Qual(is) o(s) motivo(s) da(s) extracção(ões)?

Por problemas gengivais ou cáries _____

Outros problemas. Quais? _____

79.2. Quando extraiu o(s) dente(s)?

	Sim	Não
Antes de engravidar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante uma anterior gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante esta gravidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No intervalo das gravidezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

79.3. Quantos dentes já extraiu? |__|__| dentes

80. **Durante a gravidez teve dor de dentes?** Sim Não

81. **Alguma vez, durante a gravidez, deixou de comer um alimento sólido por ter dificuldade em mastigar? Se sim, durante quanto tempo?**

Sim |__|__|__| horas/dias Não N/S

82. **Durante a gravidez realizou alguma extracção ou tratamento dentários que envolvessem o uso de raios X ou anestesia?** Sim Não (passar à pergunta 83)

82.1. Se sim, em que trimestres? 1º T 2º T 3º T

83. **Nos últimos três meses antes de engravidar tomou algum suplemento de vitaminas, de minerais ou de ácido fólico?** Sim Não (passar à pergunta 84)

83.1. Se sim, qual(is)? Quantas vezes tomava por dia, qual a duração do tratamento e quem lhe indicou o(s) medicamentos? Parou de tomar antes ou durante a gravidez?

Nome Comercial	Nº tomas/dia	Duração	Parou de tomar:		Indicação			
			Antes de engravidar	Durante a gravidez		M	F	O
				Sim	Não			
	___	___ dias/sem/mês	___ dias/sem/mês antes	<input type="checkbox"/> às ___ S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___	___ dias/sem/mês	___ dias/sem/mês antes	<input type="checkbox"/> às ___ S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

84. Nos últimos **três meses antes de engravidar** tomou algum outro tipo de **medicamento** (terapia crónica, anticoncepcionais, antibióticos, medicamentos para dormir, antidepressivos, produtos naturais, etc.)?

Sim Não (passar à pergunta 85)

84.1. Se sim, qual(is)? Qual o motivo da administração, quantas vezes tomava por dia e qual a frequência da utilização? Parou de tomar antes ou durante a gravidez?

Nome Comercial e Dosagem	Motivo	Nº tomas/dia	Ritmo da toma	Parou de tomar?		
				Antes de engravidar	Durante a gravidez	
					Sim	Não
			<input type="checkbox"/> Episódico, em SOS <input type="checkbox"/> De forma descontinuada, mas frequente <input type="checkbox"/> Contínuo (diariamente)	__ dias/sem/mês antes <input type="checkbox"/> às __ S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Episódico <input type="checkbox"/> De forma descontinuada, mas frequente <input type="checkbox"/> Contínuo (diariamente)	__ dias/sem/mês antes <input type="checkbox"/> às __ S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Episódico, em SOS <input type="checkbox"/> De forma descontinuada, mas frequente <input type="checkbox"/> Contínuo (diariamente)	__ dias/sem/mês antes <input type="checkbox"/> às __ S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Episódico, em SOS <input type="checkbox"/> De forma descontinuada, mas frequente <input type="checkbox"/> Contínuo (diariamente)	__ dias/sem/mês antes <input type="checkbox"/> às __ S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Episódico, em SOS <input type="checkbox"/> De forma descontinuada, mas frequente <input type="checkbox"/> Contínuo (diariamente)	__ dias/sem/mês antes <input type="checkbox"/> às __ S	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. **Durante a gravidez** tomou algum **medicamento** (terapia crónica, ácido fólico, vitaminas, analgésicos, antibióticos, medicamentos para dormir, produtos naturais, etc.)?

Sim Não (passar à pergunta 86)

85.1. Se sim, qual(is)? Qual o motivo da administração, quantas vezes tomava por dia e a que semanas de gestação iniciou e finalizou o tratamento? Qual a frequência de utilização e quem lhe indicou o(s) medicamento(s)?

Nome Comercial e Dosagem	Motivo	Início (S)	Nº tomas / dia	Fim	Ritmo de toma	Indicação		
						M	F	O
				<input type="checkbox"/> __ S __ D	<input type="checkbox"/> Episódico, em SOS <input type="checkbox"/> De forma descontinuada, mas frequente <input type="checkbox"/> Contínuo (diariamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> __ S __ D	<input type="checkbox"/> Episódico, em SOS <input type="checkbox"/> De forma descontinuada, mas frequente <input type="checkbox"/> Contínuo (diariamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> __ S __ D	<input type="checkbox"/> Episódico, em SOS <input type="checkbox"/> De forma descontinuada, mas frequente <input type="checkbox"/> Contínuo (diariamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> __ S __ D	<input type="checkbox"/> Episódico, em SOS <input type="checkbox"/> De forma descontinuada, mas frequente <input type="checkbox"/> Contínuo (diariamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> __ S __ D	<input type="checkbox"/> Episódico, em SOS <input type="checkbox"/> De forma descontinuada, mas frequente <input type="checkbox"/> Contínuo (diariamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

				<input type="checkbox"/> __ S __ D	<input type="checkbox"/> Episódico, em SOS <input type="checkbox"/> De forma descontinuada, mas frequente <input type="checkbox"/> Contínuo (diariamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> __ S __ D	<input type="checkbox"/> Episódico, em SOS <input type="checkbox"/> De forma descontinuada, mas frequente <input type="checkbox"/> Contínuo (diariamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> __ S __ D	<input type="checkbox"/> Episódico, em SOS <input type="checkbox"/> De forma descontinuada, mas frequente <input type="checkbox"/> Contínuo (diariamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> __ S __ D	<input type="checkbox"/> Episódico, em SOS <input type="checkbox"/> De forma descontinuada, mas frequente <input type="checkbox"/> Contínuo (diariamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M – Médico F – Farmacêutico O – Outro

86. Frequentou aulas de preparação para o parto?

Sim Não (passar à pergunta 87)

86.1. Desde quando? |__|__| semanas de gestação N/S

86.2. Onde? _____

86.3. Quantas sessões efectuou? |__|__| sessões N/S

86.4. Assistia sozinha às aulas? Sim Não (passar à pergunta 86.4.2)

86.4.1. Se sim, porquê? _____

86.4.2. Se não, quem assistia consigo?

Companheiro

Mãe

Irmã

Outro. Quem? _____

XIII. PARTO

87. Qual a data do parto? |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|

88. Foi acompanhada no parto? Sim Não (passar à pergunta 89)

88.1. Se sim, por quem?

Marido/ Companheiro

Mãe / Pai

Amiga / amigo

Outro _____

89. Qual o tipo de parto? Vaginal (passar à pergunta 90) Cesariana

89.1. Se fez cesariana, estava programada? Sim Não

97. **Estatuta:** |_|_|_| , |_| cm

(se não for possível realizar a medição, considerar a altura registada no Bilhete de Identidade - BI)

97.1. Estatuta (2º o BI): |_|_|_| , |_| cm

98. **Peso actual:** |_|_|_| , |_| Kg

Hora da medição: |_|_|H |_|_| MIN

99. **Perímetro cefálico:** |_|_|_| , |_| cm

OBSERVAÇÕES

GERAÇÃO XXI

XV. INFORMAÇÕES DO PROCESSO CLÍNICO

100. Idade gestacional: | | | S | | | | D S/I
 101. Nados vivos: | | S/I
 102. Nados mortos: | | S/I
 102.1. | | | Semanas de gestação S/I
 102.2. Causa: Desconhecida S/I

103. Mortes neonatal: | | S/I
 103.1. | | | H após nascimento S/I
 103.2. Causa: Desconhecida S/I

104. Resultados dos exames realizados durante a gravidez (consultar, se necessário, livro de grávida):

 104.1. **Ecografias:** S/I

Data Eco		Idade Ecog.	TN	CRL	DBP	PC	PA	FE	HU	Plac. Esp/ grau	Alt. morf	LA	A. uterina/ A. umbilic/ ACM	Obs
___/___/___	1º feto													
	2º feto													
___/___/___	1º feto													
	2º feto													
___/___/___	1º feto													
	2º feto													

 104.2. Rastreio Bioquímico: Sim Não S/I

 Data: | | | / | | | / | | | S/I Resultado: ___ S/I

 104.3. Pesquisa Streptococcus grupo B: Sim Não S/I

 Data: | | | / | | | / | | | S/I Resultado: ___ S/I

 104.4. Outros exames (ex. amniocentese) S/I

 104.4.1. Exame: _____ Data: | | | / | | | / | | | S/I

 Resultado: _____ S/I

 104.4.2. Exame: _____ Data: | | | / | | | / | | | S/I

 Resultado: _____ S/I

104.5. Parâmetros Analíticos

S/I

Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Hgb (g/dl)	_____	_____	_____
HCT (%)	_____	_____	_____
Plaquetas ([^] 10 ³)	_____	_____	_____
Glicose em jejum (mg/dl)	_____	_____	_____
P.O'Sullivan	_____	_____	_____
PTGO	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Hemogl. Glicosil.	_____	_____	_____
Ureia (mg/dl)	_____	_____	_____
Creatinina (mg/dl)	_____	_____	_____
Ac. Úrico (mg/dl)	_____	_____	_____
Rubéola	_____	_____	_____
Toxoplasmose	_____	_____	_____
CMV	_____	_____	_____
VDRL	_____	_____	_____
AtgHbs	_____	_____	_____
AtcVHC	_____	_____	_____
HIV	_____	_____	_____
Urocultura	_____	_____	_____

105. Complicações durante a gravidez:

Hipertensão gestacional	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Pré-eclampsia/ eclampsia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Síndrome de HELLP	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Diabetes gestacional	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Pielonefrite aguda	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Metrorragia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Trimest. _____
Infecção urinária	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Trimest. _____
Placenta prévia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
DPPNI	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Malformações fetais	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<hr/>		
Outros.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
<hr/>		
<hr/>		

106. **Motivo e tratamento(s) em internamento(s) durante a gravidez:** Não aplicável

Data: | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | Duração: | _ | _ | _ | dias S/I

Data: | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | Duração: | _ | _ | _ | dias S/I

107. **Mecanismo desencadeador do parto:** S/I

- Início espontâneo de trabalho de parto
- Ruptura prematura de membranas em | _ | _ | - | _ | _ | - | _ | _ | às | _ | _ | : | _ | _ | H
- Parto induzido
- Cesariana em ausência de trabalho de parto

108. **Tipo de parto:** S/I

- Eutócico (passar à pergunta 109)
- Ventosa. Tipo: _____ (passar à pergunta 108.4)
- Fórceps (passar à pergunta 108.4)
- Cesariana (passar à pergunta 108.1)

108.1. Cesariana:

- Em trabalho de parto S/I
- Ausência de trabalho de parto S/I

108.2. Cesariana urgente: Sim Não S/I

108.3. Motivo da cesariana: S/I

(passar à pergunta 109)

108.4. Motivo para utilização de ventosa/fórceps: S/I

109. **Anestesia:** Sim Não (passar à pergunta 110) S/I

109.1. Qual(is)?

Geral Raquianestesia Local Epidural S/I

110. **Duração do trabalho de parto:** |_|_| H S/I
111. **Dequitação:** Natural Manual Por cesariana S/I
112. **Sangue perdido:** Normal Exagerado S/I
113. **Episiotomia:** Sim Não S/I
114. **Laceração do períneo:** Sim Grau: ____ Não S/I
115. **Tipo de sangue:** A+ B+ O+ AB+ A- B- O- AB- S/I
116. **Gamaglobulina Anti-D:** Sim Não S/I
117. **Medicamentos administrados durante o internamento:** S/I

DATA DE INÍCIO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACÔTICA	DOSE	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	FREQUÊNCIA	DATA DE SUSPENSÃO

*- riscar o que não interessa