

PARTE B - PAIS BIOLÓGICOS

B.1 - MÃE BIOLÓGICA (respondido pela própria)

Inquiridor

Data de realização - - (dd-mm-aaaa)

Hora de início :

1. Toma algum medicamento ou suplemento regularmente (exceto pílula)?

Não (p 2) Sim. Qual(is)?

2. Teve alguma vez diagnóstico médico de alguma patologia que obrigue/tenha obrigado a cuidados médicos regulares (ex. medicação, consultas, tratamentos)?

Não (p 3) Sim

Pergunta aberta, deve ser imediatamente assinalado na patologia correspondentes ou em "Outra"

1.1. [Se sim], qual e em que idade foi feito o diagnóstico?

Idade diagnóstico

Acidente Vascular Cerebral

Angina de Peito

Arritmia. Qual?

Asma/Bronquite asmática

Depressão

Diabetes mellitus tipo I

Diabetes mellitus tipo II

Dislipidemia (gordura no sangue)

Doença renal. Qual?

Enfarte do miocárdio

Febre reumática ou reumatismo articular agudo

Hipertensão

Hipertiroidismo



**Idade
diagnóstico**

Hipotireoidismo

--	--	--

Insuficiência Cardíaca

--	--	--

Obesidade

--	--	--

Osteoporose

--	--	--

Outra doença cardíaca. Qual(is)?

--	--	--

Outro. Qual?

--	--	--

Outro. Qual?

--	--	--

Outro. Qual?

--	--	--

Outro. Qual?

--	--	--

3. Teve alguma fratura óssea na vida adulta?

Não (p 4) Sim Não sabe (p 4)

3.1. [Se sim], Como aconteceu?

(Distinguir as fraturas devido a traumatismo de baixa intensidade)

Pelo menos uma devido a traumatismo de baixa intensidade Não Sim Não sabe

4. Alguma vez teve diagnóstico médico de depressão pós-parto?

Não, nunca

Sim, numa gravidez anterior à Geração XXI

Sim, na gravidez Geração XXI

Sim, numa gravidez posterior à Geração XXI

Sim, em mais do que uma gravidez

5. Depois da gravidez da criança Geração XXI tentou engravidar durante mais de um ano sem conseguir?

Não (p 6) Sim

5.1. [Se sim], durante quanto tempo?

anos e meses



6. Depois da gravidez da criança Geração XXI, voltou a engravidar?

Não (p 6.1) Sim (p 6.2)

6.1. [Se não], porque motivo? (assinalar e passar a p7)

- Não quer ter mais filhos (ou não quis até ao momento)
- Não tem/tinha condições financeiras para ter mais filhos
- Não tem/tinha condições pessoais para ter mais filhos
- Não conseguiu até ao momento
- Problemas de saúde
- Não responde

6.2. [Se sim], quantas vezes mais? vezes

6.2.1. Está grávida atualmente? Não Sim Não sabe

6.2.2. Sobre cada gravidez posterior, indique por favor:

Gravidezes posteriores	1 ^a	2 ^a	3 ^a
Nº embriões	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Data do fim da gravidez	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Resultado obstétrico (1)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Idade gestacional (sem)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Diabetes gestacional	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
Se o Resultado obstétrico for IMG, AE, IVG, DT ou GE passar para pergunta 7.			
Sexo	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> NS <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> NS <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> NS	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> NS <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> NS <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> NS	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> NS <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> NS <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> NS
Tipo de parto	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> V <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> V <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> V <input type="radio"/> C	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> V <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> V <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> V <input type="radio"/> C	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> V <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> V <input type="radio"/> C <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F <input type="radio"/> V <input type="radio"/> C
Peso ao nascer (g)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

(1) **Resultado obstétrico** : NV - Nado-vivo; FM - Feto morto (IG>=22 semanas - tem um parto associado); IMG - Interrupção/terminação médica da gravidez; AE - Abortamento espontâneo; IVG - Interrupção voluntária da gravidez; DT - Doença do trofoblasto; GE - Gravidez ectópica. M=Masculino; F=Feminino; E=Eutócico; F=Fórceps; V=Ventosa; C=Cesariana



7. Atualmente utiliza algum tipo de método para não engravidar?

- Não (p 7.2) Sim Não responde

7.1. [Se sim], de que tipo (considere o método mais frequente)?

- Pílula Implante Anel vaginal
 Dispositivo intra-uterino (DIU) Preservativo (feminino e/ou masculino)
 Outro método. Qual?
 Não responde

7.2. [Se não], porquê?

- Está a tentar engravidar/está grávida
 Fez contraceção cirúrgica (laqueação trompas)
 O companheiro fez vasectomia
 Outro motivo. Qual?
 Não tem/teve relações sexuais
 Não responde

8. Alguma vez fez algum dos seguintes testes?

[Se sim], há quanto tempo fez pela última vez? (anos)

Não	Sim	Não sabe		[Se sim], há quanto tempo fez pela última vez? (anos)						Não sabe/Não se lembra
				+3	3] 2-3[2] 2-1[<=1	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Papanicolau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Auto-exame da mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Exame clínico da mama (palpação)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ecografia mamária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mamografia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. No último ano, em média, quantas horas dormiu por dia?

dias
 : horas

Registrar separadamente se houver alterações em dias específicos da semana, como fins de semanas ou folgas.

dias
 : horas

10. No último ano, em média, a que horas se deitou e levantou?

dias
 Deitou-se :
 Levantou-se :

Registrar separadamente se houver alterações em dias específicos da semana, como fins de semanas ou folgas.

dias
 Deitou-se :
 Levantou-se :

(mostrar cartão de imagem corporal feminina)

11. Das figuras apresentadas, com qual se identifica mais?

12. Atualmente, com qual das figuras gostava de se parecer?

13. Qual o seu peso atualmente? Kg

14. Qual a sua altura? cm

Hora de fim :

GERAÇÃO 21

