

Notificação de Gravidez (Ninshin Todokedesho)

Ao Sr. Prefeito da Cidade de:

Data de notificação: (ano) (mês) (dia)

(Leitura hiragana)		Data de nascimento	Idade	Profissão	Nº de Pessoa Física (My Number)
Nome da gestante	<input type="radio"/> Casada <input type="radio"/> Solteira (previsão de casamento: sim/ não)	(ano) (mês) (dia)			
(Leitura hiragana)		Data de nascimento	Idade	Profissão	
Nome do marido (companheiro)		(ano) (mês) (dia)			
Endereço residencial	(〒 -)			Telefone fixo () - - Celular - - Contato do marido (etc.) - -	
Quando recebeu diagnóstico ou orientação de saúde do médico ou da parteira	Data da primeira consulta	(ano) (mês) (dia)	Semanas de gestação	semanas completas (meses)	
	Data da previsão de parto	(ano) (mês) (dia)	Exame de saúde para detectar doenças venéreas	<input type="radio"/> Realizei <input type="radio"/> Não realizei	
	Observações especiais	<input type="radio"/> Feto único <input type="radio"/> Fetos múltiplos (fetos)	Exame de saúde para detectar tuberculose	<input type="radio"/> Realizei <input type="radio"/> Não realizei	
	Endereço e nome da instituição médica, etc. / Nome do médico ou da parteira				Tipo de seguro de saúde

*O Centro de Saúde e o Centro de Apoio Abrangente à Geração em Fase de Criação dos Filhos do município em que reside apoiam a sua gestação, parto e cuidado da criança desde o período da gravidez. Mantemos sigilo absoluto, por isso, pedimos que responda abaixo e também o verso.

1 A sua gestação está correndo bem atualmente?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não (Motivo:)
2 Já teve experiências de parto até agora?	<input type="radio"/> Este será o meu primeiro parto <input type="radio"/> Já tive outros partos antes (número de partos:)
3 Já teve aborto espontâneo, parto prematuro, etc?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim (Aborto espontâneo: vezes/ Parto prematuro: vezes/ Parto de natimorto: vezes/ Aborto induzido: vezes)
4 Realizou tratamento de infertilidade para esta gravidez?	<input type="radio"/> Sim (Subsídio: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Com previsão de solicitação <input type="radio"/> Não) <input type="radio"/> Não
5 Como você se sentiu ao saber desta gravidez?	<input type="radio"/> Fiquei contente <input type="radio"/> Fiquei contente apesar da gravidez ter sido inesperada <input type="radio"/> Fiquei perplexa porque a gravidez foi inesperada <input type="radio"/> Fiquei constrangida <input type="radio"/> Não senti nada <input type="radio"/> Outros (Conteúdo:)
6 Tem previsão de voltar temporariamente para a casa dos pais ou outros durante a gravidez ou pós-parto?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Indefinido <input type="radio"/> Sim (Para a casa dos pais (Sr/a:) / Para outro lugar exceto a casa dos pais) →Endereço de onde irá voltar () Contato de onde irá voltar () - - Período que estará neste endereço (de até)
7 Tem previsão de se mudar até o parto?	<input type="radio"/> Sim (Para onde vai se mudar:) <input type="radio"/> Não →Quando irá se mudar? ()
8 Tem alguém para lhe ajudar quando estiver com problemas?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim (pessoas) → <input type="radio"/> Marido/ companheiro <input type="radio"/> Pais <input type="radio"/> Irmãs/ irmãos <input type="radio"/> Amigos <input type="radio"/> Outros ()
9 Tem atualmente algum "problema", "preocupação" ou "insegurança"?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim → <input type="radio"/> Gravidez e parto <input type="radio"/> Questões financeiras <input type="radio"/> Questões do próprio corpo <input type="radio"/> Relação conjugal (com o companheiro) <input type="radio"/> Relacionamento familiar <input type="radio"/> Como cuidar da criança <input type="radio"/> Outros ()
10 Você fuma?	<input type="radio"/> Sim (cigarros/dia) <input type="radio"/> Parei de fumar com a gravidez <input type="radio"/> Não
11 O seu marido (companheiro) ou os familiares que moram junto fumam?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Pararam de fumar com a minha gravidez <input type="radio"/> Não
12 Você toma bebida alcoólica?	<input type="radio"/> Sim (vezes/semana) <input type="radio"/> Parei de beber com a gravidez <input type="radio"/> Não
13 Já teve alguma doença até agora ou tem atualmente alguma doença que está em tratamento?	<input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim → Nome da doença: Doença cardíaca/ Hipertensão arterial/ Nefrite crônica/ Diabetes/ Hepatite/ Doenças psicológicas (depressão etc.)/ Outros () Desde quando: (por volta do ano) / Em tratamento no momento/ Está curado Nome da instituição médica onde está (estava) se consultando () Está tomando algum medicamento? (<input type="radio"/> Sim (nome do medicamento:) <input type="radio"/> Não)
14 Durante o período deste último ano, teve sintomas como "não conseguir dormir", "ficar nervosa", "se comover e chorar facilmente", "não sentir vontade de fazer nada", etc., que continuaram por mais que duas semanas?	<input type="radio"/> Sim → <input type="radio"/> "Não consigo dormir" <input type="radio"/> "Fico nervosa" <input type="radio"/> "Me comovo e choro facilmente" <input type="radio"/> "Não sinto vontade de fazer nada" <input type="radio"/> Outros () <input type="radio"/> Não

Vide verso

- © Além de serem utilizados para o auxílio durante a sua gravidez, parto e cuidado da criança, os dados desta notificação poderão ser usados para fins estatísticos ou fornecidos para a Província de Gifu, visando a promoção da política de saúde materno-infantil do governo da cidade em que reside ou do governo da Província de Gifu. Nesses casos, os dados serão processados de forma a não ser possível identificar o indivíduo, e o resultado estatístico será divulgado.
- © Ao entregar esta notificação, enfermeiros de saúde pública ou outros poderão entrar em contato com você.
- © A emissão da caderneta materno-infantil (*Boshi Techo*) pode ser demorada, por isso, entre em contato antecipadamente com a prefeitura onde o mesmo será emitido.

Concordo que o conteúdo da notificação de gravidez e do questionário seja compartilhado pelas instituições médicas onde farei os exames pré-natais e onde farei o parto, prefeitura de onde resido e outras organizações relacionadas necessárias, para apoiar a gravidez, o parto e o cuidado da criança.

Assinatura

carimbo

*Assinatura ou carimbo