



**Cônjuge/Companheiro**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto                              | <input type="checkbox"/> 1.º Ciclo Ensino Básico (4.º classe) |
| <input type="checkbox"/> 2.º Ciclo Ensino Básico (5.º e 6.º ano) | <input type="checkbox"/> 3.º Ciclo Ensino Básico (9.º ano)    |
| <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (12.º ano)            | <input type="checkbox"/> Bacheralato/Licenciatura             |
| <input type="checkbox"/> Mestrado/Doutoramento                   |   |

**Situação Sócio-Profissional**

- Empregado       Desempregado       Estudante       Outra\_\_\_\_\_

**Se empregado especifique qual a sua profissão e a do cônjuge/companheiro**

Gestante: \_\_\_\_\_

Cônjuge/Companheiro: \_\_\_\_\_

**Se desempregado especifique o início e o motivo**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Agregado Familiar**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vive sozinha                              | <input type="checkbox"/> Vive sozinha com os filhos |
| <input type="checkbox"/> Vive com o marido/companheiro             | <input type="checkbox"/> Vive com os pais           |
| <input type="checkbox"/> Vive com o marido/companheiro e os filhos | <input type="checkbox"/> Vive com amigas/colégas    |

Outro: \_\_\_\_\_

## 2) Dados Clínicos

### **A) Gravidez**

Semanas de gravidez: \_\_\_\_\_

**A gravidez foi:**

- Planeada/Desejada                       Não planeada mas aceite por ambos os pais
- Não planeada e não aceite por ambos os pais
- Não planeada e não aceite por um dos pais (especifique se o pai ou a mãe) \_\_\_\_\_

**Número de filhos vivos:** \_\_\_\_\_

**Número de gravidezes anteriores:** \_\_\_\_\_

**No caso de terem havido outras gravidezes anteriores especifique se o parto foi:**

- Normal               Cesariana               Fórceps               Outro \_\_\_\_\_

**A gravidez atual foi antecedida de:**

- Abortos espontâneos                       Recurso a tratamentos de infertilidade
- Dificuldades em engravidar (tempo \_\_\_\_\_)                       Normal
- Outros \_\_\_\_\_

### **B) História Psiquiátrica Prévia**

**Necessitou de alguma ajuda ou de efetuar algum tratamento psicológico/psiquiátrico ao longo da sua vida:**

- Sim                       Não

Se sim, especifique qual o motivo do tratamento e a duração: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### C) Vigilância da Gravidez

**Durante a gravidez está a ser acompanhada por:**

- Médico de Família                       Obstetra do Hospital
- Obstetra Particular
- Outro \_\_\_\_\_

### D) Vivência da Gravidez

**Durante a Gravidez quem são as pessoas que mais a têm apoiado:**

- Marido/Companheiro       Mãe               Pai               Amigo/a
- Médico que vigia a gravidez               Outro \_\_\_\_\_

**Durante a Gravidez sente que tem o apoio do seu marido/companheiro**

- Todo o que esperava               Podia ter mais apoio               Nenhum apoio

**Quais os aspetos referentes à gravidez que lhe causam maior ansiedade:**

- Parto               Saúde do Bebê               Falta de apoio após o parto
- Aspeto físico atual               Aspeto físico após o parto
- Não conseguir responder às necessidades do bebé               Outros: \_\_\_\_\_

**Durante a gravidez houve algum acontecimento de vida específico que possa referir como responsável pelo aparecimento/aumento da ansiedade e/ou tristeza:**

- Nenhum               Divórcio/ Separação               Perda do emprego
- Morte de familiares e/ou pessoas próximas               Mudança de emprego
- Mudança de Residência               Doença               Outro \_\_\_\_\_