

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE - UCC VFX

Enviar para:

mjgomes@ulsetejo.min-saude.pt ou ucc.vfxira@ulsetejo.min-saude.pt**FICHA DE INSCRIÇÃO**

Curso N.º ____/____	Início a ____/____/20____	Horário: ____:____H às ____:____H
---------------------	---------------------------	-----------------------------------

IDENTIFICAÇÃO

Nome:	N.º Utente (SNS):	
Data Nascimento: ____/____/____	Idade: _____anos	
UCSP / USF:	Médico de Família:	Sem Médico de Família: <input type="checkbox"/>
Médico Particular/Instituição:		
Contato Telefónico:	E-mail:	
Habilitações Literárias:	Profissão:	
Nome do Companheiro(a):	N.º Utente (SNS):	
Habilitações Literárias:	Profissão:	

GRAVIDEZ ATUAL

DUM: ____/____/____	Data Provável de Parto: ____/____/____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nome do bebé:		
Gravidez de Risco: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Se SIM, qual o motivo?	

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS – Última Gestação

N.º Partos anteriores:		
Tipo de Parto:	Data: ____/____/____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Tipo de Parto:	Data: ____/____/____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Frequentou algum Curso de Preparação para o Nascimento? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Se Sim, onde?	

Como tomou conhecimento do curso?
Enf.º Família <input type="checkbox"/> Médico Família <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Obstetra <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> _____

OBSERVAÇÕES
