

Ficha Anamnese Yoga Gestacional

Querida, seja muito bem vinda.

Te agradeço por estar aqui.

Esse é um espaço onde não cabem julgamentos, sinta-se acolhida, vista e amada. Cada uma de nós é única e cada gestação não pode ser comparada com outra.

Peço, por amor, que compartilhe aqui tudo aquilo que sentir no seu coração. Essa troca é *confidencial* e as informações serão utilizadas somente para direcionar, da melhor forma, a prática pra você.

Seguimos juntas e sendo espelhos umas das outras.

Com amor,

Amanda

Dados Pessoais

1. Nome Completo * _____

2. Data de Nascimento * _____

3. Endereço _____

4. Telefone * _____

5. E-mail * _____

6. Dados do seu contato de emergência - nome e telefone *

Histórico de Saúde

Aqui são questões envolvendo sua saúde e algumas informações à respeito da sua gestação

7. Você possui plano de saúde? *

☐ Sim

☐ Não

8. Você sofre de cólicas menstruais frequentemente? *

☐ Sim, com frequência

☐ Não, não costumo ter

☐ Eventualmente

9. Caso tenha respondido "sim" ou "eventualmente", quais métodos você utiliza para aliviar os desconfortos?

10. Você já passou por alguma cirurgia ou procedimento médico? *

☐ Sim

☐ Não

11. Caso tenha respondido "sim" acima, quais cirurgias você já foi submetida?

12. Atualmente você toma algum tipo de medicamento? *

☐ Sim

☐ Não

13. Caso tenha respondido "sim" acima, quais medicamentos você toma e por qual motivo?

14. Possui alguma doença ou questão crônica? *

☐ Sim

☐ Não

15. Caso tenha respondido "sim" acima, qual?

16. Está passando por algum tratamento médico neste momento? *

☐ Sim

☐ Não

17. Caso tenha respondido "sim" acima, coloque aqui qual o tratamento você está sendo submetida nesse momento

18. Essa é sua primeira gestação? *

☐ Sim

☐ Não

19. Já sofreu algum aborto? *

☐ Sim

☐ Não

20. Você fuma? *

☐ Sim

☐ Não

21. Você consome bebidas alcoólicas? *

☐ Sim

☐ Não

22. Pratica alguma atividade física atualmente? *

☐ Sim

☐ Não

23. Caso tenha respondido "sim" acima, qual atividade você pratica e com qual frequência?

24. Você pratica ou já praticou Yoga? *

☐ Sim

☐ Não

25. Caso tenha respondido "sim" acima, há quanto tempo você pratica ou por quanto tempo você já praticou?

26. Qual era a linha de Yoga que você pratica ou praticava?

27. Você tem algum problema respiratório? *

☐ Sim

☐ Não

28. Caso tenha respondido "sim" acima, qual?

29. Você tem algum problema circulatório? *

☐ Sim

☐ Não

30. Caso tenha respondido "sim" acima, qual?

31. Você tem algum problema músculo esquelético ou articular? *

☐ Sim

☐ Não

32. Caso tenha respondido "sim" acima, qual?

33. Você tem algum problema digestivo? *

☐ Sim

☐ Não

34. Caso tenha respondido "sim" acima, qual?

35. Você tem algum problema cardíaco (incluindo pressão)? *

☐ Sim

☐ Não

36. Caso tenha respondido "sim" acima, qual?

37. Você tem algum problema imunológico? *

☐ Sim

☐ Não

38. Caso tenha respondido "sim" acima, qual?

39. Você tem algum problema hormonal ou glandular? *

☐ Sim

☐ Não

40. Caso tenha respondido "sim" acima, qual?

41. Você sofre de dores de cabeça? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Algumas vezes

42. Você sofre de enxaqueca? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

43. Você tem labirintite? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

44. Você tem insônia? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

45. Você sofre de pânico frequentemente? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Já sofri anteriormente

46. Você tem alguma dificuldade de concentração? *

☐ Sim

☐ Não

47. Você sente dificuldade em relaxar? *

☐ Sim

☐ Não

☐ As vezes

48. Você tem ou já teve ansiedade? *

☐ Sim, sofro de ansiedade

☐ Sim, já sofri de ansiedade

☐ Não

49. Você já teve ou tem depressão? *

☐ Sim, tenho depressão

☐ Sim, já tive depressão

☐ Não

50. Você apresenta tensão na região da boca? ATM *

☐ Sim

☐ Não

Gestação Atual

Aqui há algumas perguntas à respeito da sua gestação atual

51. Qual sua idade gestacional? *

52. Essa gestação foi planejada e desejada? *

☐ Sim

☐ Não

53. Você tem uma rede de apoio? *

☐ Sim

☐ Não

54. Com quantas semanas você descobriu a sua gestação? *

55. Como foi pra você o processo de aceitação da sua gestação? *

56. Você teve algum risco de aborto? *

☐ Sim

☐ Não

57. Passou por alguma intercorrência médica na sua gestação? Fique à vontade * para escrever à respeito caso se sinta confortável

58. Qual a sua data prevista do parto? Se você for puérpera, qual foi a data do * parto?

59. Como está sendo essa experiência para você? Fique à vontade para escrever * à respeito caso se sinta confortável

Expectativas para o parto

Nessa seção falamos um pouco sobre o que você espera com relação ao parto. Caso você seja puérpera, conte como foi a sua experiência =)

61. Qual você espera que seja sua via de parto? Se você for puérpera, qual foi * sua via de parto?

☐ Natural

☐ Normal

☐ Cesárea

☐ Não sei

62. Onde você pretende parir sua criança? Ou então, onde você pariu a sua * criança?

- ☐ Hospital
- ☐ Domiciliar
- ☐ Casa de parto
- ☐ Não sei

63. Em qual rede você pretende parir sua criança, no caso da opção “hospitalar”?

- ☐ Particular
- ☐ Convênio
- ☐ SUS
- ☐ Não sei

64. Você tem um(a) obstetra que acompanhou ou está acompanhando seu parto? * Se sim, qual o nome dele(a)?

65. Você teve autorização médica para a prática de Yoga durante a gestação? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

66. Se você respondeu "não" acima, qual o motivo?

67. Gostaria de comunicar mais alguma coisa nessa ficha?

68. *Declaro que as informações fornecidas por mim nessa anamnese são verdadeiras **

Nome Completo

CPF