

# 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*