



FICHA CLÍNICA DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM

Tudo o que será respondido é sigiloso e só o profissional que atendê-lo terá acesso às informações.

IDENTIFICAÇÃO:

NOME DO PACIENTE:

DATA DE NASCIMENTO: | IDADE:

ENDEREÇO:

NATURAL:

PROCEDÊNCIA:

RAÇA:

BRANCO NEGRO AMARELO
 PARDO INDÍGENA

NÚMERO DE FILHOS:

1 2 3 4 5
 6 7 8 9 OU MAIS

ESCOLARIDADE:

ANALFABETO 1º GRAU COMPLETO
 2º GRAU COMPLETO UNIVERSITÁRIO COMPLETO

ANTECEDENTES E HÁBITOS:

JÁ TEVE INFECÇÃO DE URINA: SIM NÃO | SE SIM, QUANTAS VEZES?

USA CAMISINHA NAS RELAÇÕES SEXUAIS: SIM NÃO | SE SIM: SEMPRE ÀS VEZES

JÁ PEGOU DOENÇA NA RELAÇÃO SEXUAL (DOENÇA VENÉREA): SIM NÃO
SE SIM, QUAL?

TRAUMA DE URETRA NO PASSADO: SIM NÃO

JÁ FOI OPERADO NO ÓRGÃO GENITAL: SIM NÃO

JÁ TEVE PEDRA NO RIM: SIM NÃO | SE SIM, QUANDO E QUANTAS VEZES?

NA FAMÍLIA:
SE SIM, QUEM? SIM NÃO

TEM ALGUÉM DA FAMÍLIA QUE JÁ TEVE CÂNCER DE PRÓSTATA:
SE SIM, QUEM? SIM NÃO

JÁ FEZ OPERAÇÃO PARA NÃO TER MAIS FILHOS (VASECTOMIA): SIM NÃO

JÁ TEVE ALGUM PROBLEMA NOS GRÃOS (TESTÍCULOS) DO SACO ESCROTAL:
SE SIM, QUAL? SIM NÃO

TEM ALGUMA DOENÇA CRÔNICA (PRESSÃO ALTA, DIABETE E ETC.):
SE SIM, QUAL? SIM NÃO

ATUALMENTE ESTA USANDO ALGUM REMÉDIO:
SE SIM, QUAL? SIM NÃO

VOCÊ FUMA:
SE SIM, QUANTOS CIGARROS POR DIA? SIM NÃO

VOCÊ BEBE BEBIDAS ALCOÓLICAS:
SE SIM, QUAL BEBIDA E QUANTO? SIM NÃO

FAZ USO DE ALGUMA DROGA (MACONHA, CRACK, COCAÍNA):
SE SIM, QUAL DROGA E QUANTO? SIM NÃO

SINTOMAS E QUEIXAS:JÁ URINOU COM SANGUE ALGUMA VEZ: SIM NÃO NÃO SABE INFORMAR QUANDO? _____JÁ TEVE CÓLICA DE RIM: SIM NÃO NÃO SABE INFORMAR QUANDO? _____**SINTOMAS URINÁRIOS:**O JATO DA SUA URINA SAI MAIS FINO: SIM NÃOPRECISA FAZER MAIS FORÇA PARA URINAR: SIM NÃOQUANDO TEM VONTADE DE URINAR PRECISA CORRER PARA O BANHEIRO: SIM NÃOQUANDO ESTÁ URINANDO A URINA PARA E DEPOIS VOLTA: SIM NÃOSENTE VONTADE DE URINAR TODA HORA (MENOS DE 2 HORAS) E FAZ POUCA URINA: SIM NÃOSENTE DOR OU ARDÊNCIA PARA URINAR: SIM NÃOTEM CORRIMENTO (PUS) PELO CANAL DA URINA (URETRA): SIM NÃOQUANDO VOCÊ URINA SENTE QUE ESWAZIOU TOTALMENTE A BEXIGA: SIM NÃOQUANDO VOCÊ URINA SENTE QUE ESWAZIOU TOTALMENTE A BEXIGA: SIM NÃOQUANTAS VEZES VOCÊ ACORDA PARA URINAR QUANDO ESTÁ DORMINDO: NENHUMA 1 2 3 4 5 OU MAIS DESDE QUANDO?QUANTAS RELAÇÕES SEXUAIS VOCÊ TEM? MAIS DE 3X/SEMANA 2-3X/SEMANA 1X/SEMANA 1X/ CADA 2 SEMANAS
 1X/ CADA 3 SEMANAS 1X/ MÊS ESPORÁDICA NÃO CONSEGUEVOCÊ JÁ TEVE FALTA DE DESEJO (TESÃO) PARA TER RELAÇÃO SEXUAL: SIM NÃOVOCÊ JÁ BROXOU DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL: SIM NÃOVOCÊ DEMORA MUITO PARA GOZAR: SIM NÃOVOCÊ GOZA MUITO RÁPIDO: SIM NÃOSENTE DOR QUANDO GOZA: SIM NÃO QUANTO TEMPO DEMORA PARA GOZAR? _____JÁ GOZOU ALGUMA VEZ COM SANGUE? SIM NÃOSE SIM: MAIS DA METADE DAS VEZES QUE GOZOU MENOS DA METADE DAS VEZES QUE GOZOU**ESTA PARTE DEVERÁ SER PREENCHIDA PELO MÉDICO****EXAME FÍSICO:**PÊNIS: NORMAL ALTERADO
QUAIS ALTERAÇÕES? _____ESCROTO: NORMAL ALTERADO
QUAIS ALTERAÇÕES? _____TESTÍCULO DIREITO: NORMAL ALTERADO
QUAIS ALTERAÇÕES? _____TESTÍCULO ESQUERDO: NORMAL ALTERADO
QUAIS ALTERAÇÕES? _____PILIFICAÇÃO: NORMAL ALTERADO
QUAIS ALTERAÇÕES? _____REGIÃO INGUINAL: NORMAL ALTERADO
QUAIS ALTERAÇÕES? _____