

Ano Administrativo 2021 - Município de Toyohashi Questionário do Exame do Câncer do Colo do Útero/Câncer do Endométrio
 令和3年度 (2021年) 豊橋市 子宮頸がん/子宮体がん検診票

【ポルトガル語】子宮(40歳未満)

Favor assinalar ou responder. Favor usar lápis ou caneta preta

1	Já se submeteu ao exame de câncer do útero?	Não	Sim	Última vez em: Ano Heisei <input type="text"/> mês <input type="text"/> Já se submeteu ao exame de Câncer do Colo do Útero/Câncer de Endométrio promovido pelo Município? Sim Não	8	Já tomou a vacina HPV (vacina contra o câncer do colo do útero)?	Não	Sim	1ª. vez Heisei (Ano <input type="text"/>) Quantidade de doses <input type="text"/> doses	
2	Já teve alguma doença no útero?	Não	Sim	Em tratamento, atualmente. Término do tratamento a Nome da doença () Anc <input type="text"/> mês <input type="text"/>	9	Informação Sente dores?	Não	Sim	No período menstrual • Abaixo do abdômen • Dores lombares • Outros	
3	Tem parentes consanguíneos que tiveram câncer?	Câncer uterino	Não	Sim		Quem? () Local (Câncer do colo uterino • câncer do endométrio/útero)	Fora do período menstrual apresentou sangramento nos últimos 6 meses?	Não	Sim	Coloração (sangue normal • sangue claro • sangue escuro • outros) Volume: (excessivo • muito • pouco) Desde <input type="text"/> meses atrás (uma vez • as vezes • sempre) Quando? (após contato sexual • ao defecar • urinar • irregularmente • outros)
			Outros	Não		Sim				
4	Atualmente, usa alguns dos itens mencionados à direita	Não	Sim	Dispositivo Intra uterino • Pílula • Outros hormônios						
5	Sobre ciclo menstrual	1ª. vez aos <input type="text"/> anos. Menopausa aos <input type="text"/> anos. a) Última menstruação a partir de: mês <input type="text"/> dia <input type="text"/> , durante <input type="text"/> dias Menstruação: Regular • Irregular Volume do fluxo menstrual: (Intenso • normal • baixo)			(Para as pessoas que farão os exames nas instituições médicas) Após ouvir a explicação do médico, compreendi a necessidade do exame preventivo de câncer do colo do útero bem como o método utilizado, de forma que (concordo • não concordo) em submeter-me ao exame.					
6	Está gestante	Não	Sim	Gestação de <input type="text"/> meses	Data ano/ mês/ dia Assinatura _____					
7	Sobre Gravidez e Parto	Gravidez <input type="text"/> vezes Último parto aos <input type="text"/> anos Parto <input type="text"/> vezes Natural Parto <input type="text"/> vezes Cesariana <input type="text"/> vezes								