

**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:

☐

SIM

☐

NÃO

SE SIM, QUEM?

TEM ALGUÉM DA FAMÍLIA QUE JÁ TEVE CÂNCER DE PRÓSTATA:

☐

SIM

☐

NÃO

SE SIM, QUEM?

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

☐

SIM

☐

NÃO

JÁ TEVE ALGUM PROBLEMA NOS GRÃOS (TESTÍCULOS) DO SACO ESCROTAL:

☐

SIM

☐

NÃO

SE SIM, QUAL?

TEM ALGUMA DOENÇA CRÔNICA (PRESSÃO ALTA, DIABETE E ETC.):

☐

SIM

☐

NÃO

SE SIM, QUAL?

ATUALMENTE ESTA USANDO ALGUM REMÉDIO:

☐

SIM

☐

NÃO

SE SIM, QUAL?

VOCÊ FUMA:

☐

SIM

☐

NÃO

SE SIM, QUANTOS CIGARROS POR DIA?

VOCÊ BEBE BEBIDAS ALCOÓLICAS:

☐

SIM

☐

NÃO

SE SIM, QUAL BEBIDA E QUANTO?

FAZ USO DE ALGUMA DROGA (MACONHA, CRACK, COCAÍNA):

☐

SIM

☐

NÃO

SE SIM, QUAL DROGA E QUANTO?

### 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 ☐ NÃO

PRECISA FAZER MAIS FORÇA PARA URINAR: ☐ SIM ☐ NÃO

QUANDO TEM VONTADE DE URINAR PRECISA CORRER PARA O BANHEIRO: ☐ SIM ☐ NÃO

QUANDO ESTÁ URINANDO A URINA PARA E DEPOIS VOLTA: ☐ SIM ☐ NÃO

SENTE VONTADE DE URINAR TODA HORA (MENOS DE 2 HORAS) E FAZ POUCA URINA: ☐ SIM ☐ NÃO

SENTE DOR OU ARDÊNCIA PARA URINAR: ☐ SIM ☐ NÃO

TEM CORRIMENTO (PUS) PELO CANAL DA URINA (URETRA): ☐ SIM ☐ NÃO

QUANDO VOCÊ URINA SENTE QUE ESWAZIOU TOTALMENTE A BEXIGA: ☐ SIM ☐ NÃO

QUANDO VOCÊ URINA SENTE QUE ESWAZIOU TOTALMENTE A BEXIGA: ☐ SIM ☐ NÃO

QUANTAS 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 CONSEGUE

VOCÊ JÁ TEVE FALTA DE DESEJO (TESÃO) PARA TER RELAÇÃO SEXUAL: ☐ SIM ☐ NÃO

VOCÊ JÁ BROXOU DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL: ☐ SIM ☐ NÃO

VOCÊ DEMORA MUITO PARA GOZAR: ☐ SIM ☐ NÃO

VOCÊ GOZA MUITO RÁPIDO: ☐ SIM ☐ NÃO

SENTE DOR QUANDO GOZA: ☐ SIM ☐ NÃO QUANTO TEMPO DEMORA PARA GOZAR? \_\_\_\_\_

JÁ GOZOU ALGUMA VEZ COM SANGUE? ☐ SIM ☐ NÃO

SE 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?