



**SUS** MINISTÉRIO  
DA SAÚDE

FICHA DE REGISTRO INDIVIDUAL DE NOTIFICAÇÃO DE  
ESTERILIZAÇÃO

I  
A  
L  
I  
S  
U  
)

**Identificação da Unidade**

Nome/Razão Social \_\_\_\_\_

CG \_\_\_\_\_

**Dados do Paciente**

Nome do Paciente \_\_\_\_\_

Logradouro \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Município (IBGE) \_\_\_\_\_ Nome do Município \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Sexo 

M	<input type="checkbox"/>
F	<input type="checkbox"/>

 Data de Nascimento \_\_\_\_\_ N° de Filhos \_\_\_\_\_

Grau de Instrução

Analfabeto  1° Grau  2° Grau  3° Grau

**Indicação**

(CID 10<sup>a</sup>) - Em caso de risco à vida da mulher ou do futuro concepto.

**Métodos Contraceptivos Reversíveis Utilizados Anteriormente**

LAM  ESPERMICIDA  TEMP. BASAL  BILLINGS  SINTO TÉRMICO  DIU

DIAFRAGMA  PRESERVATIVO  HORMÔNIO ORAL  HORMÔNIO INJETÁVEL  OGINO-KNAUS

**Data da realização da laqueadura**

Data da Internação \_\_\_\_\_ Data da Alta \_\_\_\_\_

**Data da realização da vasectomia**

Data do procedimento \_\_\_\_\_