**Formulário de Questões**

(Destinado às mulheres que estão em tratamento/tentativa)

1. **Dados de Identificação**
2. Nome:
3. Qual sua idade?
4. Qual sua escolaridade?
5. Qual a sua situação empregatícia?
6. Qual sua situação conjugal?
7. **Informações Clínicas, Sociais e Emocionais**
8. Qual a causa da sua infertilidade?
9. A quanto tempo você tenta engravidar?
10. Está realizando tratamento? Qual?
11. Já passou pela situação de um aborto espontâneo?
12. Você teve filhos antes da descoberta do diagnóstico?
13. Possui algum hábito de beber ou fumar?
14. Em relação a sua rotina:
15. Tem realizado as atividades do dia a dia normalmente?
16. Possui indisposição ao realizar alguma tarefa?
17. Houve alterações de apetite ou sono?
18. Ocorreu alguma mudança no desempenho das tarefas domésticas ou laborais?
19. Você já ouviu comentários negativos de parentes e amigos? Como se sentiu?
20. Você já recebeu alguma cobrança por parte do cônjuge? Como se sentiu?
21. Como avalia a qualidade da sua relação conjugal?
22. Houve alteração na manutenção das relações sexuais?
23. Como você tem se sentido em relação ao diagnóstico?
24. A infertilidade já lhe trouxe sentimento de culpa?
25. Quais suas expectativas para o futuro?