

Historia chorób do celów doradztwa antykoncepcyjnego

Droga pacjentko!

Twoje zdrowie leży nam na sercu. Prosimy o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania, abyśmy mogli Pani optymalnie doradzić przy wyborze metody zapobiegania ciąży:

Data

Dane osobowe

Nazwisko, imię	Wzrost
Ulica, numer domu	Masa ciała
Kod pocztowy, miejscowość	BMI*
Data urodzenia	Ciśnienie krwi*

* do wprowadzenia przez asystenta medycznego.

Pytania dotyczące stylu życia

Czy Pani pali lub paliła w przeszłości?	Tak	Nie	Jeśli tak, ile papierosów dziennie?
Czy często odbywa Pani długie loty (> 4 godz.)?	Tak	Nie	
Czy niedawno Pani rodziła lub karmiła piersią?	Tak	Nie	
Czy ma Pani nieregulowany plan dnia i nie ma możliwości przyjmowania leków codziennie o tej samej porze?	Tak	Nie	
Czy regularnie przyjmuje Pani leki lub leki ziołowe lub suplementy diety?	Tak	Nie	

Jeśli tak, to jakie?

Dotychczasowe metody antykoncepcji

Moje dotychczasowe metody zapobiegania ciąży:	tabletki antykoncepcyjna	plaster hormonalny	krążek dopochwowy	zastrzyki co 3 miesiące	spirala hormonalna
	wszczep hormonalny / implant antykoncepcyjny	spirala miedziana, łańcuszek miedziany, kulka miedziana			inne
	Dotychczas stosowałam antykoncepcję niehormonalną			Jeszcze nie stosowałam żadnej metody	

Jak długo stosowała Pani dotychczasową metodę antykoncepcji?

Czy w trakcie stosowania występowały działania niepożądane? Jeśli tak, to jakie?

Informacje o Pani krwawieniu miesięczkowym

Cykl krwawienia	nieregularny	regularny	Co chciałaby nam Pani jeszcze powiedzieć o swoim krwawieniu miesięczkowym (np. tkliwość piersi, bóle głowy):
plamienia międzymiesiączkowe	rzadko (maks. co 2–3 cyklu)	często (w każdym cyklu) nigdy	
Długość cyklu (dni)*	< 24	24–34	> 34
Nasilenie krwawienia (liczba podpasek lub tamponów / dzień)	silne (> 5)	średnie (2–5)	słabe (< 2)
Bóle przed / w trakcie krwawienia miesięczkowego (bóle brzucha i podbrzusza)	Tak, silne	Tak, umiarkowane	Nie lub słabe

* Długość cyklu = czas od pierwszego dnia krwawienia miesięczkowego do dnia przed rozpoczęciem kolejnego krwawienia miesięczkowego.

Pytania dotyczące występujących chorób

Czy występuje u Pani regularnie biegunka i/lub wymioty?	Tak	Nie			
Czy cierpi Pani na migrenę lub silne bóle głowy?	Tak	Nie			
Jeśli tak: czy są one związane z zaburzeniami widzenia, mowy i/lub uczuciem drętwienia?	Tak	Nie			
Czy ma Pani trądzik?	Tak	Nie			
Czy ma Pani nadmiernie owłosione ciało?	Tak	Nie			
Czy ma Pani zaplanowaną większą operację lub dłuższe ograniczenie poruszania się?	Tak	Nie			
Czy występują u Pani niżej wymienione choroby?					
Nadciśnienie	Tak	Nie	Choroby wątroby lub woreczka żółciowego	Tak	Nie
Zaburzenia krzepnięcia krwi	Tak	Nie	Padaczka	Tak	Nie
Przewlekła choroba serca lub płuc	Tak	Nie	Choroby psychiczne	Tak	Nie
Dusznicza bolesna / zaburzenia rytmu serca	Tak	Nie	Zaburzenia jedzenia	Tak	Nie
Wysoka zawartość tłuszczów we krwi	Tak	Nie	Przewlekłe choroby jelit	Tak	Nie
Cukrzyca	Tak	Nie	Czy ma Pani żylaki?	Tak	Nie
Przewlekłe choroby nerek	Tak	Nie			

Czy choruje Pani na jakąś inną chorobę przewlekłą (taką jak np. anemia sierpowata, choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego)?

Czy występują u Pani alergie lub nietolerancje? Tak Nie

Jeśli tak, to jakie?

Czy wystąpiło już u Pani jedno z niżej wymienionych zdarzeń?

Zakrzepica i/lub zatorowość płucna	Tak	Nie	Zawał serca lub udar	Tak	Nie
Omdlenia o niewyjaśnionej przyczynie i/lub utrata świadomości	Tak	Nie	Choroba nowotworowa	Tak	Nie

Inne

Czy zdiagnozowano u Pani endometriozę? Tak Nie

Czy przechodziła Pani zabiegi ginekologiczne? Tak Nie

Jeśli tak, to jakie?

Pytania dotyczące chorób w Pani rodzinie

Jeśli tak, kto i w jakim wieku?

Czy jakiś krewny (matka, ojciec, rodzeństwo, dziadkowie, dzieci) cierpiał na niżej wymienione choroby/dolegliwości?

Zakrzepica / zatorowość płucna	Tak	Nie	Schorzenia serca	Tak	Nie
Zawał serca	Tak	Nie	Wysoka zawartość tłuszczów we krwi	Tak	Nie
Udar	Tak	Nie	Nowotwór	Tak	Nie



Proszę dodać swój podpis nad funkcją „Wypełnij i podpisz” lub „Podpisz sam”.

Miejscowość, data

Podpis

Niniejszym potwierdza Pani jako pacjentka, że wypełniła formularz według swojej najlepszej wiedzy. Niniejsza historia chorób służy lekarzowi jako pomoc dokumentacyjna i nie ma gwarancji jej kompletności.

Uwagi lekarza