

Опросный лист при консультировании по вопросам контрацепции

Уважаемая пациентка!

Ваше здоровье очень важно для нас. Чтобы помочь Вам в выборе наиболее оптимального метода контрацепции, просим Вас ответить на следующие вопросы.

Дата

Персональные данные

Фамилия, имя	Рост
Улица, № дома	Вес
Индекс, нас. пункт	ИМТ*
Дата рождения	Артериальное давление*

* вносится помощником врача.

Вопросы о Вашем образе жизни

Курите ли Вы или курили ли Вы в прошлом?	Да	Нет	Если да, то сколько сигарет в день?
Часто ли Вы совершаете дальние перелеты (> 4 ч)?	Да	Нет	
Рожали ли Вы недавно или кормите грудью?	Да	Нет	
У Вас непостоянный режим дня, и Вы не всегда помните, что должны принимать лекарственные препараты в одно и то же время каждый день?	Да	Нет	
Принимаете ли Вы регулярно лекарственные препараты (в том числе растительные) или пищевые добавки? Если да, то какие?	Да	Нет	

Ваши предыдущие методы контрацепции

Мой последний метод контрацепции:	противозачаточные таблетки	трансдермальный пластырь	вагинальное кольцо
	инъекция раз в 3 мес.	гормональная внутриматочная спираль	гормональный имплантат
	медная внутриматочная спираль, медная цепочка, медное внутриматочное устройство		
	прочее		
Как долго Вы использовали данный метод контрацепции?	До настоящего времени я применяла негормональные средства контрацепции	У меня нет опыта применения контрацепции	
Наблюдались ли у Вас нежелательные реакции во время его применения? Если да, то какие?			

Данные о Вашем менструальном цикле

Характер менстр. цикла	нерегулярный	регулярный	Дополнительные сведения о Ваших менструациях (например, нагрубание молочных желез, головные боли):
Кровотеч. между менструациями	редко (не чаще одного раза в 2 – 3 цикла)	часто (в каждом цикле) никогда	
Длительность цикла (дней)*	< 24	24 – 34	> 34
Интенсивность менструации (прокладок/тампонов в день)	сильная (> 5)	средняя (2 – 5)	слабая (< 2)
Боли до/во время менструации (боли в животе/внизу живота)	Да, сильные	Да, умеренные	Нет или слабые

* Длительность цикла — это период с первого дня менструации до дня, предшествующего наступлению следующей менструации.

Вопросы по имеющимся заболеваниям

Страдаете ли Вы от постоянной диареи и (или) рвоты? Да Нет

Страдаете ли Вы от мигрени или сильных головных болей? Да Нет

Если да: сопровождаются ли они нарушениями зрения, речи и (или) онемением? Да Нет

Страдаете ли Вы от акне? Да Нет

Наблюдается ли у Вас повышенное оволосение тела? Да Нет

Планируется ли проведение серьезной операции или длительное ограничение движения? Да Нет

Есть ли у Вас какие-либо из перечисленных ниже заболеваний?

Повышенное артериальное давление	Да	Нет	Болезни печени или желчевыв. путей	Да	Нет
Нарушение свертываемости крови	Да	Нет	Эпилепсия	Да	Нет
Хронич. заболевания сердца или легких	Да	Нет	Психические расстройства	Да	Нет
Стенокардия / нарушения серд. ритма	Да	Нет	Расстройства пищевого поведения	Да	Нет
Высокий уровень липидов в крови	Да	Нет	Хронические заболевания кишечника	Да	Нет
Сахарный диабет	Да	Нет	Варикозное расширение вен	Да	Нет
Хронические заболевания почек	Да	Нет			

Имеются ли у Вас другие хронические заболевания (например, серповидноклеточная анемия, болезнь Крона, язвенный колит)?

Страдаете ли Вы от аллергии или непереносимости? Да Нет

Если да, то от какой именно?

Наблюдались ли у Вас когда-либо следующие явления?

Тромбоз и (или) тромбоэмболия легочной артерии	Да	Нет	Инфаркт миокарда или инсульт	Да	Нет
Обмороки и (или) потеря сознания неясного генеза	Да	Нет	Онкологическое заболевание	Да	Нет

Прочее

Был ли у Вас диагностирован эндометриоз? Да Нет

Делали ли Вам ранее гинекологические операции? Да Нет

Если да, то какие?

Вопросы о заболеваниях в Вашей семье

Были ли у кого-либо из Ваших родственников (мать, отец, братья, сестры, бабушки, дедушки, дети) следующие заболевания/жалобы? Если да, то у кого и в каком возрасте?

Тромбоз / тромбоэмболия легочной артерии	Да	Нет	Сердечные заболевания	Да	Нет
Инфаркт миокарда	Да	Нет	Высокий уровень липидов в крови	Да	Нет
Инсульт	Да	Нет	Онкологические заболевания	Да	Нет



Добавьте свою подпись, используя функцию «Заполнить и подписать» или «Подписать самостоятельно».

Место, дата

Подпись

Настоящим Вы в качестве пациента подтверждаете, что заполнили опросный лист достоверно. Этот опросный лист служит вспомогательным документом для врача и не гарантирует полноты информации.

Врачебные заметки