

# Doğum Kontrolü ile İlgili Danışma İçin Anamnez Formu

## Değerli Hastamız,

Sağlığınız bizim için önemlidir. Size en uygun doğum kontrol yöntemini seçebilmenize yardımcı olmak üzere aşağıdaki soruları yanıtalamanızı rica ediyoruz:

Tarih

### Kişisel bilgiler

Soyadı, ad	Boy
Cadde/sokak, bina no.	Kilo
Posta kodu/şehir	VKİ*
Doğum tarihi	Tansiyon*

\* Doktor asistanı tarafından girilir.

### Yaşam alışkanlıklarınız hakkında sorular

Sigara içiyor musunuz veya geçmişte içiyor muydunuz?	Evet	Hayır	Yanıtınız Evet ise günde kaç sigara?
Sık sık uzun süreli (>4 saat) uçuşlar yapıyor musunuz?	Evet	Hayır	
Kısa süre önce doğum yaptınız mı veya emziriyor musunuz?	Evet	Hayır	
Günlük yaşamınızda düzenli bir ritim olmadığı için her gün aynı saatte hap almanız söz konusu değil mi?	Evet	Hayır	
Düzenli olarak ilaç veya bitkisel ilaçlar ya da gıda takviyesi kullanıyor musunuz?	Evet	Hayır	

Yanıtınız Evet ise hangisi?

### Önceki korunma yöntemleriniz

Korunmak için en son kullandığım yöntem:	Doğum kontrol haptı	Doğum kontrol bandı	Vajinal halka	3 aylık koruyucu iğne	Hormonlu spiral
	Deri altı implant/Deri altı çubuk		Bakır spiral, bakır zincir, bakır boncuklu spiral		
	Diğer				
	Bugüne dek hormonsuz yöntemlerle korundum		Bugüne dek hiçbir korunma yöntemi uygulamadım		

Her doğum kontrol yöntemini ne kadar süreyle kullandınız?

Bu yöntemi kullandığınız süre içinde yan etkiler oldu mu? Yanıtınız Evet ise hangisi?

### Âdet kanamalarınız hakkında bilgi

Âdetlerin ritmi	Düzensiz	Düzenli	Âdetleriniz hakkında özel olarak belirtmek istediğiniz bir şey var mı (örneğin göğüslerde hassasiyet, baş ağrısı gibi)?
Ara kanama	Sık (her âdette)	Hiç	
Ender (en fazla 2-3 âdette bir)			
Âdet çevrimi (gün olarak)*	< 24	24-34	> 34
Kanamaların şiddeti (ped veya tampon/gün)	Şiddetli (> 5)	Orta (2-5)	Hafif (< 2)
Âdet kanaması öncesinde/sırasında (karın ve kasık bölgesinde) sancılı oluyor mu?	Evet, şiddetli	Evet, orta düzeyde	Hayır ya da çok hafif

\* Âdet çevrimi = Âdet kanamasının birinci gününden bir sonraki âdet kanamasının başlangıcından bir gün öncesine kadar geçen süre.

## Eşlik eden rahatsızlıklarla ilgili sorular

Düzenli olarak ishal ve/veya kusma şikâyeti oluyor mu?	Evet	Hayır			
Migren veya şiddetli baş ağrısı çekiyor musunuz?	Evet	Hayır			
Yanıtınız Evet ise: Bunlar görme, konuşma bozuklukları ve/veya uyuşma/karınalanma ile bir arada mı oluyor?	Evet	Hayır			
Sivilce şikâyetiniz var mı?	Evet	Hayır			
Vücudunuzda kıllanma artmış durumda mı?	Evet	Hayır			
Büyük bir ameliyat gibi uzun süre hareketsiz kalmanıza yol açacak bir durumla ilgili planlar söz konusu mu?	Evet	Hayır			
Aşağıdaki rahatsızlıklar söz konusu mu?					
Yüksek tansiyon	Evet	Hayır	Karaciğer veya safra kesesi hastalıkları	Evet	Hayır
Pıhtılaşma bozukluğu	Evet	Hayır	Epilepsi	Evet	Hayır
Kronik kalp veya akciğer hastalığı	Evet	Hayır	Psikiyatrik rahatsızlıklar	Evet	Hayır
Anjina pektoris/Kalp ritim bozuklukları	Evet	Hayır	Yeme bozuklukları	Evet	Hayır
Hiperlipidemi (yüksek kolesterol)	Evet	Hayır	Kronik bağırsak hastalıkları	Evet	Hayır
Dişabet (diabetes mellitus)	Evet	Hayır	Varisiniz var mı?	Evet	Hayır
Kronik böbrek hastalıkları	Evet	Hayır			
Başka herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı (örn. orak hücreli anemi, Crohn hastalığı, ülseratif kolit gibi)?					

Bir alerji veya intolerans söz konusu mu? Evet Hayır

Yanıtınız Evet ise hangisi?

Aşağıdakilerden birini yaşadınız mı?

Tromboz ve/veya akciğer embolisi	Evet	Hayır	Kalp krizi veya inme	Evet	Hayır
Sebebi belirlenemeyen bayılma ve/veya bilinç kaybı	Evet	Hayır	Kanser	Evet	Hayır

Diğer

Size endometriozis tanısı koyuldu mu? Evet Hayır

Jinekolojik ameliyat geçirdiniz mi? Evet Hayır

Yanıtınız Evet ise hangisi?

## Ailenizdeki hastalıklarla ilgili sorular

Yakın akrabalarınızdan (anne, baba, kardeşler, nineler, dedeler, çocuklar) kimsede aşağıdaki hastalıklar/şikâyetler söz konusu mu? Yanıtınız Evet ise kim ve kaç yaşında?

Tromboz/akciğer embolisi	Evet	Hayır	Kalp hastalığı	Evet	Hayır
Kalp krizi	Evet	Hayır	Hiperlipidemi (yüksek kolesterol)	Evet	Hayır
İnme	Evet	Hayır	Kanser	Evet	Hayır



Lütfen „Doldur ve İmzala“ veya „Kendiniz imzalayın“ işlevini kullanarak imzanızı ekleyin.

Yer, tarih

İmza

Hasta olarak bu formu bilginiz dahilinde doğru doldurduğunuzu teyit ediyorsunuz. Bu anamnez formu hekime yardımcı belge niteliğindedir ve eksiksiz olduğu varsayılmaz.

## Hekimin notları