

Poznań, dnia …………………………….

Imię:

Nazwisko:

1. Proszę podać datę rozpoczęcia ostatniej miesiączki: ……………………………

2. Kiedy po raz ostatni wykonywałaś ginekologiczne badanie kontrolne?

………………………………………………………………………………………………

3. Czy wykonałaś samobadanie piersi w ciągu ostatnich 30 dni?

TAK NIE

4. Czy wykonując ostanie samobadanie piersi wyczułaś jakieś zmiany?

TAK NIE NIEDOTYCZY

5. Podaj datę wyniku ostatniego badania cytologicznego…………………………..

6. Czy wynik był prawidłowy (ujemny)?

TAK NIE NIEDOTYCZY

7. Od ilu miesięcy stosujesz wybrany lek antykoncepcyjny?...................................

8. Czy wcześniej leki antykoncepcyjne zostały Ci przepisane przez lekarza?

TAK NIE

9.WAGA…………………. WZROST…………………..

10. Proszę podać ciśnienie skurczowe (górne). Uwaga ciśnienie powinno być zmierzone w pozycji siedzącej, po min 30 minutach od jakiegokolwiek wysiłku.

………………………………………………………………………………………….

11. Proszę podać ciśnienie rozkurczowe (dolne). Uwaga ciśnienie powinno być zmierzone w pozycji siedzącej, po min 30 minutach od jakiegokolwiek wysiłku.

…………………………………………………………………………………………..

12. Czy cierpisz na cukrzycę powyżej 20 lat? TAK NIE

13. Czy masz cukrzycę z neuropatią, retinopatią lub nefropatią? TAK NIE

14. Czy chorujesz na chorobę niedokrwienną serca?` TAK NIE

15. Czy cierpisz na chorobę zastawek serca? TAK NIE

16. Czy przebyłaś udar mózgu? TAK NIE

17. Czy wystąpiła u Ciebie kiedykolwiek zakrzepica żył głębokich lub zatorowość płucna? TAK NIE

18. Czy przeszłaś transplantację narządów? TAK NIE

19. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy przeszłaś jakikolwiek zabieg chirurgiczny?

TAK NIE

20. Czy miałaś kiedykolwiek zdiagnozowaną chorobę nowotworową? TAK NIE

21. Czy występuje u Ciebie przewlekły zespół złego wchłaniania (niedostateczne wchłanianie składników odżywczych z przewodu pokarmowego)?

TAK NIE

22. Czy chorujesz na zapalną chorobę jelita grubego? TAK NIE

23. Czy chorujesz na tocznia z dodatnim mianem przeciwciał antyfosfolipidowych?

TAK NIE

24. Czy urodziłaś dziecko w ciągu ostatnich 42 dni? TAK NIE

25. Czy masz podwyższony poziom cholesterolu bądź jego frakcji? TAK NIE

26. Czy masz migrenowe bóle głowy? TAK NIE

27. Czy u Ciebie, Twoich rodziców, rodzeństwa lub dzieci występowały przypadki zakrzepicy żylnej? TAK NIE

28. Czy u Ciebie, Twoich rodziców, rodzeństwa lub dzieci występowały zaburzenia krzepnięcia krwi? TAK NIE

29. Czy jesteś w ciąży lub karmisz piersią? TAK NIE

30. Czy planujesz ciążę w najbliższych 12 miesiącach? TAK NIE

31. Czy występują u Ciebie krwawienia międzymiesiączkowe lub krwawienia/plamienia podczas stosunku? TAK NIE

32. Czy cierpisz na schorzenia wątroby lub kamice żółciową? TAK NIE

33. Czy palisz obecnie papierosy? TAK NIE

34. Czy w trakcie ostatnich 2 tygodni byłaś na kuracji rifampicinem lub rifabutinem?

TAK NIE

35. Czy jesteś uczulona na jakiekolwiek konserwanty lub barwniki spożywcze?

TAK NIE

36. Czy przyjmujesz leki przeciwdrgawkowe (leki na epilepsję)? TAK NIE

37. Czy istnieją jakiekolwiek inne informacje medyczne dotyczące Twojego stanu zdrowia, które nasz lekarz powinien wziąć pod uwagę?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

PODPIS