



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 ostatecznie 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 żyłnej? 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 jakiegokolwiek konserwanty lub barwniki spożywcze?  
TAK NIE
36. Czy przyjmujesz leki przeciwdrgawkowe (leki na epilepsję)? TAK NIE
37. Czy istnieją jakiegokolwiek inne informacje medyczne dotyczące Twojego stanu zdrowia, które nasz lekarz powinien wziąć pod uwagę?

.....  
.....

PODPIS