

**ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО СКРИНИНГА ОТНОСИТЕЛЬНО
ГОРМОНАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ - ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ПАЦИЕНТОМ**

Примечание для пациента: распечатайте и заполните эту анкету, принесите ее в свою аптеку, если вы хотите самостоятельно принимать средства гормональной контрацепции. Возможно, вы сначала захотите позвонить в свою аптеку чтобы удостовериться, что на данный момент она предоставляет такие услуги. Также, вы можете получить форму в аптеках, действующих в рамках протокола.

Имя пациента: _____ Дата: _____

Фармацевт, рассматривающий анкету: _____ Дата: _____

1	Укажите дату начала последней менструации.	/ /	
2	Принимали ли вы когда-либо противозачаточные таблетки либо использовали противозачаточный пластырь, кольцо или инъекцию? (В случае отрицательного	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Была ли у вас когда-либо плохая реакция на гормональные противозачаточные	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	Принимаете ли вы противозачаточные таблетки либо используете противозачаточный пластырь, кольцо или инъекцию в настоящее время?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
3	Говорил ли вам когда-либо медицинский специалист не принимать гормоны?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
4	Курите ли вы сигареты?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
5	Думаете ли вы, что можете быть беременной сейчас?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
6	Рожали ли вы в течение 6 прошедших недель?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
7	Кормите ли вы грудью младенца в возрасте до 1 месяца в настоящее время?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
8	Страдаете ли вы диабетом?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
9	Страдаете ли вы от мигреней или головных болей, вызывающих боль в животе, ухудшение зрения, непереносимость света или онемение?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
10	У вас повышенное кровяное давление, гипертония или высокий уровень	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
11	У вас был когда-либо сердечный приступ либо инсульт, или говорили ли вам, что у вас есть какие-либо болезни сердца?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
12	У вас был когда-либо тромб в ноге или легком?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
13	Говорил ли вам когда-либо медицинский специалист о том, что вы имеете большой риск образования тромба в ноге или легком?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
14	Переносили ли вы бариатрическую операцию или операцию по уменьшению объема	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
15	Переносили ли вы в последнее время серьезную операцию или планируете проведение операции в течение следующих 4 недель?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
16	У вас есть или был рак молочной железы?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
17	У вас есть или был гепатит, заболевание печени, рак печени, заболевание желчного пузыря или желтуха	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
18	Страдаете ли вы волчанкой, ревматоидным артритом или каким-либо заболеванием	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
19	Принимаете ли вы препараты для лечения судорог, туберкулеза (ТБ), грибковых инфекций или вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)?	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	В случае положительного ответа, перечислите их здесь:		
20	Есть ли у вас какие-либо другие медицинские проблемы или принимаете ли вы	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
	В случае положительного ответа, перечислите их здесь:		