

Data: _____

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

nr telefonu: _____

adres zamieszkania: _____

Wywiad

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź lub uzupełnić wymagane pola

Data ostatniej miesiączki:

Czy jest Pani w ciąży?: TAK / NIE

Czy jest Pani pod opieką lekarza ginekologa?: TAK / NIE

Czy kiedykolwiek lekarz informował Panią, że nie może Pani przyjmować antykoncepcji doustnej?: TAK / NIE

Czy choruje Pani na choroby przewlekłe? : TAK / NIE (Jeśli tak proszę przejść do tabeli)

Czy przyjmuje Pani leki na stałe?: TAK / NIE (Jeśli tak proszę przejść do tabeli)

Czy jest Pani uczulona na jakieś leki? : TAK / NIE

Czy występuje nietolerancja na leki? : TAK / NIE

Choroby przewlekłe	TAK	NIE
Zaburzenia zakrzepowo-zatorowe		
Ciężka niewydolność nerek		
Umiarkowana/ciężka niewydolność wątroby/przewlekła choroba wątroby		
Ciężka niewyrównana astma		
Porfiria		
Nowotwory hormonozależne		

Leki	TAK	NIE
Barbiturany		
Fenytoina, fosfenytoina		
Preparaty dziurawca		
Rytonawir		
Gryzeofulwina		
Ryfampicyna, ampicylina		
Karbamazepina		
Efawirenz		
Prymidon		

Oświadczam, że:

1. Leku nie można przyjmować w ciąży.
2. Leku nie można przyjmować w okresie karmienia piersią.
3. Lek nie ma 100% skuteczności. W przypadku opóźniania się miesiączki należy wykonać test ciążowy i skonsultować się z lekarzem ginekologiem w celu wykluczenia ciąży.
4. W razie wystąpienia jakichkolwiek niepokojących objawów należy zgłosić się do lekarza POZ lub lekarza ginekologa. W razie wystąpienia ostrych objawów np. krwawienia z dróg rodnych, należy zgłosić się do izby przyjęć szpitala ginekologicznego lub SOR.
5. Przed przyjęciem leku należy przeczytać ulotkę i zastosować się do jej treści.
6. Należy w pierwszym możliwym terminie zgłosić się na konsultację z lekarzem ginekologiem.
7. Lekarz niebędący ginekologiem zastrzega sobie prawo do odmowy wydania recepty jedynie w przypadku istnienia wątpliwości medycznych, dotyczących np. interakcji z przyjmowanymi lekami lub istnienia poważnych chorób przewlekłych, których stwierdzenie będzie wymagało konsultacji specjalistycznej z lekarzem ginekologiem.

Data i podpis pacjenta
