

**Таблица оценки пациентки перед началом использования
комбинированных гормональных средств контрацепции
(выявление противопоказаний)**

ФИО:

Домашний адрес

Телефон

Полных лет:

Уважаемая пациентка!

Внимательно прочитайте утверждения в левом столбце таблицы. Если приведенное утверждение Вам подходит (соответствует Вашему образу жизни, совпадает с установленным врачом диагнозом в прошлом или в настоящем, соответствует фактам семейного анамнеза и т.д.), поставьте любой значок (v, +, x) в столбце «ДА» на соответствующем утверждении уровне. Если утверждение Вам не подходит, заполните соответствующую строчку в столбце «НЕТ».

Если утверждение Вам непонятно, оставьте место пустым. Вы сможете задать дополнительные вопросы на приеме у Вашего врача.

От правильности и достоверности данных Вами сведений зависит прежде всего безопасность выбранного метода контрацепции.

		да	нет
1	Вам 35 лет и более и Вы курите		
2	Вы кормите ребенка грудью, и прошло менее 6-и месяцев после последних родов		
3	Вы не кормите ребенка грудью, по после последних родов прошло менее 3-х недель		
4	Ваше артериальное давление (АД) более 140/90 мм.рт.ст. (т.е. у Вас гипертоническая болезнь)		
5	Инфаркт. ИБС (ишемическая болезнь сердца) в анамнезе		
6	Другие заболевания сосудов (болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивная ретинопатия, транзиторные ишемические атаки)		
7	У Вас был ранее инсульт(кровоизлияние в головной мозг)		
8	Заболевания клапанного аппарата сердца (легочная гипертензия, бактериальный эндокардит в анамнезе и т.д.)		
9	Вторичная болезнь Рейно с волчаночным антикоагулянтом		
10	Сильные головные боли (мигрени) с нарушением зрения		
11	Сильные головные боли (мигрени) без нарушения зрения, и Вам 35 лет и более (оба условия д.б. одновременно)		
12	У Вас были ранее тромбозы глубоких вен и/или тромбозы легочной артерии		
13	У Вас поставлен диагноз «Системная красная волчанка», в настоящее время выявлены антифосфолипидные антитела (или о них нет информации)		
14	Вы перенесли вирусный гепатит (желтуху), и прошло менее 3-х месяцев после выздоровления		

15	Вы перенесли вирусный гепатит (желтуху), и показатели работы печени не в норме (Вы сдаете анализы и наблюдаетесь у терапевта, гепатолога или инфекциониста)		
16	Цирроз печени		
17	Опухоли печени		
18	У Вас поставлен диагноз «Первичный склерозирующий холангит», осложненный циррозом печени		
19	У Вас есть заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей (желчекаменная болезнь, холецистит, дискинезия желчевыводящих путей и др.), которые Вас беспокоят и требуют приема лекарств		
20	У Вас была желтуха при использовании гормональных противозачаточных средств ранее		
21	Хронические воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона) (категория 2/3)		
22	Сахарный диабет (длительность более 20 лет и/или наличие сосудистых осложнений и/или поражение почек, органов зрения, центральной нервной системы)		
23	Рак молочной железы ранее и/или в настоящее время		
24	Медработником или Вами самой обнаружено уплотнение в молочной железе (характер не ясен)		
25	У Вас носительство генетической мутации, ассоциированной с раком молочной железы (например, BRCA 1/2) (категория 2/3)		
26	Вы принимаете противосудорожные (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, оксакарбазепин, кроме вальпроната натрия) или противотуберкулезные (рифампицин, рифабутин) препараты		
27	У Вас при специальном обследовании когда-либо были выявлены генные мутации (особенности генов), свидетельствующие о вероятности повышенного свертывания крови (мутация фактора V Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина С и S, недостаточность антитромбина)		
28	Вы принимаете препараты против ВИЧ-инфекции из группы «усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы»		
29	У Вас были в анамнезе мальабсорбтивные процедуры: операции, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника (для КОК)		
30	Планируется большое хирургическое вмешательство, с длительной иммобилизацией (ограничение движения)		
31	Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле		

Таблица заполнена мной или с моих слов медработником (нужное подчеркнуть). Правильность сведений подтверждаю. Дата _____

Подпись пациентки _____ (расшифровка подписи) _____

Подпись врача/медсестры _____ ()