



AMBULANTA ZA GINEKOLOGIJO IN PORODNIŠTVO

## VPRAŠALNIK ZA UPORABNICE KONTRACEPCIJSKIH TABLETK

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_ RR: \_\_\_\_\_ teža: \_\_\_\_\_

Prosimo, da pozorno preberete in odgovorite na spodnja vprašanja.

TROMBEMBOLIJA (npr. globoka venska tromboza, pljučna embolija, srčni infarkt ali možganska kap, prehodni ishemični napad, angina pectoris) je redek, a pomemben neželeni učinek ob uporabi kombiniranih hormonskih kontraceptivov (KHK). Tveganje za trombembolijo je pri uporabnici odvisno tudi od prisotnosti dejavnikov tveganja.

Tveganje za trombembolijo v povezavi s KHK je večje v prvem letu uporabe, ali če se začne KHK ponovno uporabljati po 4 ali več tednih premora, če potujete z letalom daljši čas (več kot 4 ure), ali če ste pred nekaj tedni rodili.

Zdravnika morate vedno obvestiti, da uporabljate KHK, če imate načrtovani kirurški poseg ali potrebujete dolgotrajno imobilizacijo (npr. zaradi poškodbe ali zaradi noge v mavcu).

Vedno zdravnika takoj obvestite, če se katero od spodaj navedenih stanj spremeni ali zelo poslabša.

Ali imate trombembolijo ali pa ste jo preboleli?	NE	DA
Ali imate nagnjenost k prekomernemu strjevanju krvi?	NE	DA
Ali imate bližnjega sorodnika, ki je v mladih letih (<45let) imel trombembolijo?	NE	DA
Ali imate migrene z avro?	NE	DA
Ali imate sladkorno bolezen z zapleti na ožilju?	NE	DA
Ali imate visok krvni tlak (sistolični 140-159 ali diastolični 90-99 mmHg)?	NE	DA
Ali imate visoke vrednosti maščob v krvi?	NE	DA
Ali imate oz ste preboleli jetrne bolezni? Če ste odgovorili z DA, katere?	NE	DA
Ali ste starejši od 35 let in kadite?	NE	DA
Ali imate bolezni srca, npr. atrijsko fibrilacijo, aritmijo, bolezen srčnega žilja?	NE	DA
Ali ste pred nekaj tedni rodili?	NE	DA
Imate katero drugo kronično bolezen?	NE	DA
Jemljete kakšna zdravila? Katera?	NE	DA

Podpisana \_\_\_\_\_ sem po pojasnilu svojega zdravnika seznanjena s tveganji in navodili glede uporabe hormonske kontracepcije, pojasnilo razumem in nimam dodatnih vprašanj. Natančno bom prebrala tudi navodila za uporabo zdravila, ki ga jemljem/bom jemala in bom vsako spremembo o stanju svojega zdravja sporočila zdravniku.

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis uporabnice: \_\_\_\_\_