

ANTYKONCEPCJA AWARYJNA: OCTAN ULIPRYSTALU



ZDROWIE REPRODUKCYJNE
OPIEKA
FARMACEUTYCZNA

KWESTIONARIUSZ PACJENTKI

Proszę wypełnić ten kwestionariusz, jeśli uważa Pani, że może potrzebować antykoncepcji awaryjnej. Niektóre z pytań mogą dotyczyć spraw intymnych – farmaceuta potrzebuje odpowiedzi, aby jak najlepiej Pani pomóc. Recepta farmaceutyczna na doustną antykoncepcję awaryjną (tabletkę zawierającą 30 mg octanu uliprystalu) może zostać wystawiona tylko kobiecie powyżej 15 roku życia, której sytuacja awaryjna bezpośrednio dotyczy. Farmaceuta nie może wydać doustnej antykoncepcji awaryjnej “na zapas”.

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Data pierwszego dnia ostatniej miesiączki: _____ Masa ciała: _____ Wzrost: _____

Przeciętna długość cyklu w dniach: _____ Czy cykle są regularne? tak nie nie wiem

Ile czasu minęło od niezabezpieczonego stosunku? Podaj czas w godzinach, a w przypadku trudności z obliczeniem – podaj datę i godzinę niezabezpieczonego stosunku: _____

Czy w tym cyklu miały miejsce jakieś inne niezabezpieczone stosunki seksualne ponad 5 dni temu?
 nie nie wiem tak (podaj kiedy): _____

Czy był wykonywany test ciąży? nie tak (podaj kiedy i wynik): _____

PYTANIE	ODPOWIEDŹ
1. Czy rozpoznano u Pani uczulenie na octan uliprystalu lub inne substancje wchodzące w skład doustnej antykoncepcji awaryjnej?*	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem / nie jestem pewna <input type="checkbox"/>
2. Czy stosuje Pani regularną metodę antykoncepcji (np. hormonalną lub prezerwatywę przy każdym stosunku)?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem / nie jestem pewna <input type="checkbox"/>
3. Czy jest Pani w ciąży lub przypuszcza Pani, że może być w ciąży?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem / nie jestem pewna <input type="checkbox"/>
4. Czy choruje Pani na ciężką astmę leczoną doustnymi glikokortykosteroidami (np. prednizon, prednizolon, metyloprednizolon)?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem / nie jestem pewna <input type="checkbox"/>
5. Czy w ciągu ostatnich 28 dni stosowała Pani leki na padaczkę (np. topiramát, cenobamát, prymidon, fenobarbital, fenytoinę, fosfenytoinę, karbamazepinę, okskarbazepinę, barbiturany), gruźlicę (np. rifampicynę, rifabutynę), zakażenie wirusem HIV (ritonawir, efawirenz, newirapinę), grzybicę (gryzeofulwinę), ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (modafinil) lub preparaty ziołowe zawierające ziele dziurawca?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem / nie jestem pewna <input type="checkbox"/>
6. Czy ma Pani nietolerancję niektórych cukrów, np. nietolerancję galaktozy, całkowity niedobór laktazy lub zespół złego wchłaniania glukozy-galaktozy?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem / nie jestem pewna <input type="checkbox"/>
7. Czy cierpi Pani na zdiagnozowaną, poważną chorobę wątroby?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem / nie jestem pewna <input type="checkbox"/>
8. Czy przyjmowała już Pani w tym cyklu antykoncepcję awaryjną?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie wiem / nie jestem pewna <input type="checkbox"/>
9. Czy karmi Pani dziecko piersią?	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

*Więcej informacji na temat składu tabletki awaryjnej znajduje się w ulotce dla pacjenta, którą może udostępnić farmaceuta.

Potwierdzam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe. Wyrażam zgodę na udział w programie pilotażowym w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego.

Uwagi farmaceuty

Pacjentka kwalifikuje się do otrzymania recepty farmaceutycznej na doustną antykoncepcję awaryjną zawierającą 30 mg octanu uliprystalu

TAK NIE

Sugerowany kontakt z lekarzem Sugerowany kontakt z lekarzem

TAK NIE TAK NIE

data, pieczętka i podpis farmaceuty

Działając we własnym imieniu oświadczam, że przekazano mi informacje **o właściwościach, sposobie działania i skutkach zastosowania** tabletki zawierającej 30 mg octanu uliprystalu. Przekazane mi informacje w całości przyjmuję, rozumiem oraz akceptuję.

Działając we własnym imieniu oświadczam, że przekazano mi informacje **o przyczynach odmowy wystawienia recepty farmaceutycznej** na tabletkę zawierającą 30 mg octanu uliprystalu i możliwym dalszym postępowaniu. Przekazane mi informacje w całości przyjmuję, rozumiem oraz akceptuję.

miejscowość, data

podpis pacjentki i/lub przedstawiciela ustawowego

miejscowość, data

podpis pacjentki i/lub przedstawiciela ustawowego

Strona 2/2

Rycina 1. Kwestionariusz pacjentki. Opracowanie własne.^[3-5]