



# MILLINE RASESTU- MISVASTANE MEETOD SOBIB JUST MULLE?

Kas selline, mille kasutamine nõuab mu tähelepanu korra päevas? Või korra kuus? Võib-olla sobib mulle hoopis  
**PIKAAJALINE  
KONTRATSEPTSIOON?**

Infot erinevate rasestumisvastaste meetodite kohta leiad:  
[WWW.MEELESPEA.NET](http://WWW.MEELESPEA.NET)



Nimi	
Aadress	
Telefon	e-maili aadress

## Üldised terviseandmed

Pikkus	Kaal
Kehamassi indeks	Vererõhu näitajad
Allergia ja ravimallergia	<input type="radio"/> jah: _____ <input type="radio"/> ei
Auraga migreen (nägemishäire, värelus silmade ees)	<input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei
Muud haigused, operatsioonid:	
Pidevalt kasutusel olevad ravimid:	
Kas esineb toitumishäireid või toidutalumatus?	

## Pereanamnees ja harjumused

Kas teie lähisugulaste (vanemad või vennad-õed) hulgas on esinenud veeni- tromboosi või kopsu tromb- embooliat varem kui 50-aastaselt?	<input type="radio"/> Jah	<input type="radio"/> Ei
Kas teil on püsipartner?	<input type="radio"/> Jah, kui kaua?: _____	<input type="radio"/> Ei
Kas te suitsetate? Millal alustasite suitsetamist? Mitu sigaretti päevas?		

## Günekoloogiline anamnees

Esimene menstruatsioon oli _____ aastaselt	Varasemad sünnitused (aasta): _____
Menstruatsiooni tsükkel on: <input type="radio"/> regulaarne (tavapäraselt 21-35 päeva) <input type="radio"/> ebaregulaarne	raseduse katkemine (aasta): _____ abort (aasta): _____
Vereeritused on: <input type="radio"/> vähesed <input type="radio"/> normaalsed <input type="radio"/> tugevad	PAP analüüs <input type="radio"/> jah, viimane _____ aastal <input type="radio"/> ei
Vereerituse kestvus: _____ päeva	Günekoloogilised haigused:
Menstruatsiooniga seotud valu: <input type="radio"/> puudub <input type="radio"/> mõõdukas <input type="radio"/> tugev	Viimane naistearsti külastus ( millal, milles seisnes):
Kas kasutate valuvaigistit?:	
Tsükkliväline vereeritus: <input type="radio"/> ei esine <input type="radio"/> määriv vereeritus	Kas rindu on kontrollitud? <input type="radio"/> Jah <input type="radio"/> Ei
Viimase menstruatsiooni kuupäev:	

## Kontratseptsioon

Millist kontratseptsiooni vahendit kasutate praegu?	Millal alustasite kasutamist?
Kas praegusel kontratseptsioonivahendil on kõrvaltoimeid nagu:	
Peavalud <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei	Tupe kuivus <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei
Peavalu hormoonivabal perioodil <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei	liveldus <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei
Rindade hellus <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei	Rasune nahk, akne <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei
Tursed <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei	Vererõhu tõus <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei
Kaalutõus <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei	Kuumahood <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei
Libiido langus <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei	Kandidoos <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei
Meeleolu langus, masendus <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei	Kas olete unustanud kontratseptsioonivahendit kasutada? <input type="radio"/> jah <input type="radio"/> ei