



КАКОЙ МЕТОД КОНТРАЦЕПЦИИ ПОДОЙДЁТ ИМЕННО МНЕ?

Такой, использование которого требует
моего внимания каждый день?

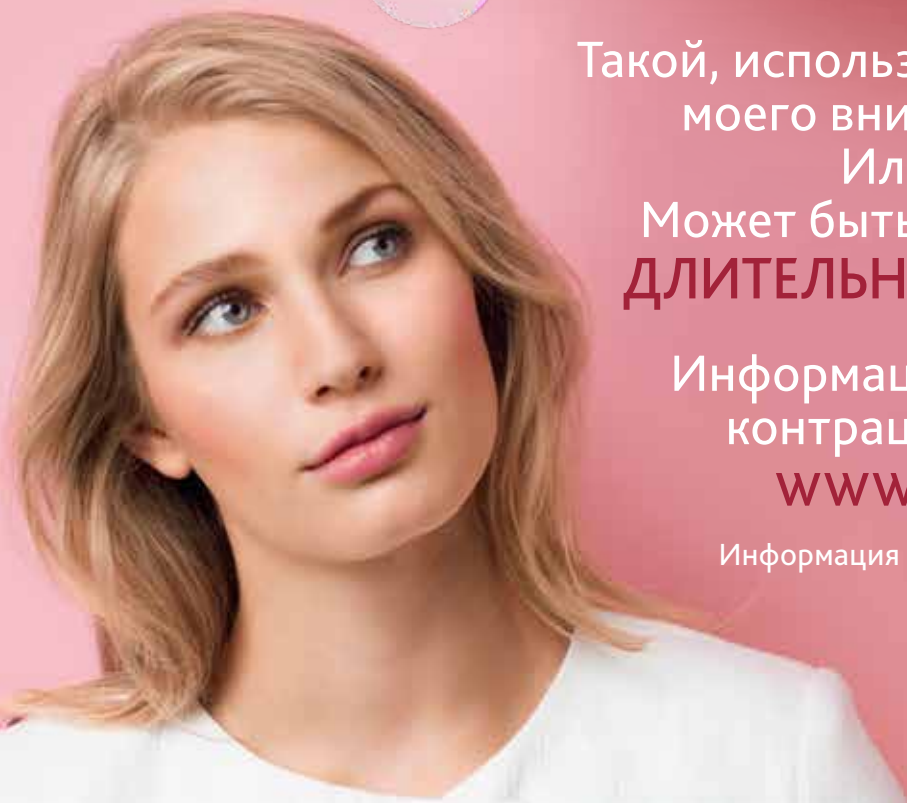
Или раз в месяц?

Может быть и вовсе мне подходит
ДЛИТЕЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ?

Информацию о разных методах
контрацепции найдешь на:

WWW.MEELESPEA.NET

Информация на странице на эстонском языке



Имя	
Адресс	
Телефон	Адресс электронной почты

Состояние здоровья

Рост	Вес
Индекс массы тела (заполняет доктор)	Кровенное давление (заполняет доктор)
Аллергия аллергия на препараты	<input type="radio"/> да: _____ <input type="radio"/> нет
Мигрень с аурой (с нарушением зрения цветовая вибрация)	<input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет
Другие заболевания:	
Лекарственные препараты что принимаете:	
Проблемы связанные с питанием?	

Важная информация о семье

Ваши родители родные моложе 50 лет имели венозный тромбоз или легочную тромбоэмболию?	<input type="radio"/> да	<input type="radio"/> нет
Имеете ли вы постоянного партнёра?	<input type="radio"/> да, как долго?: _____	<input type="radio"/> нет
Вы курите? Стаж курения? Сколько сигарет в день?		

Гинекологическая история

Во сколько лет была первая менструация	Предыдущие роды (год): _____ преждевременные роды (год): _____ аборты (год): _____
Менструальный цикл <input type="radio"/> регулярный (норма 21-35 дней) <input type="radio"/> нерегулярный	
Менструация <input type="radio"/> скудная <input type="radio"/> нормальная <input type="radio"/> обильная	РАР тест <input type="radio"/> да последний в _____ году <input type="radio"/> нет
Длительность менструаций: _____ дней	Предыдущие гинекологические заболевания:
Боль во время менструации, периодическая с спастическая <input type="radio"/> нет <input type="radio"/> умеренная <input type="radio"/> сильная	Предыдущие гинекологические операции:
Препараты от боли:	Обследования груди <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет
<input type="radio"/> беспорядочные кровотечения <input type="radio"/> нет <input type="radio"/> кровомазания	
Последняя менструация началась:	

Контрацепция

Метод контрацепции начало:	Как долго продолжаете:
Имеете ли вы побочные эффекты от данного метода:	
Головные боли <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет	Вагинальная сухость <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет
Головные боли связанные с прерыванием гормонов <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет	Тошнота <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет
Болезненность груди <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет	Сальность кожи, акне <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет
Отёчность в какой либо области <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет	Потливость <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет
Набор веса <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет	Приливы <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет
Потеря либидо <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет	Кандидозы <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет
Колебание настроения <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет	Забывали ли Вы когда нибудь принять/использовать контрацептивное средство? <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет