

LEKARZE K_♀BIETOM

www.lekarzekobietom.pl

Data: _____

KARTA WIZYTY AWARYJNEJ

Imię i Nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ Miejsce urodzenia: _____ PESEL: _____

Adres zamieszkania/zameldowania: _____

Uwagi:

WYWIAD

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź lub uzupełnić wymagane pola.

Data ostatniej miesiączki: _____

Czy jest Pani w ciąży: TAK NIE

Czy jest Pani pod opieką lekarza ginekologa? TAK NIE

Czy kiedykolwiek lekarz informował Panią, że nie może Pani przyjmować antykoncepcji doustnej? TAK NIE

Czy choruje Pani na choroby przewlekłe? TAK NIE Jeśli tak przejdź do TABELA

Czy bierze pani leki na stałe? TAK NIE Jeśli tak przejdź do TABELA

Uczulenia na leki? TAK/NIE Jakie: _____

Nietolerancja leków? TAK/NIE Jakie: _____

Choroby przewlekłe	TAK	NIE
Zaburzenia zakrzepowo-zatorowe		
Ciężka niewydolność nerek		
Umiarkowana/ciężka niewydolność wątroby/przewlekła choroba wątroby		
Ciężka niewyrównana astma		
Porfiria		
Nowotwory hormonozależne		

Leki	TAK	NIE
Barbiturany		
Fenytoina, fosfenytoina		
Preparaty dziurawca		
Rytonawir		
Gryzeofulwina		
Ryfampicyna, ampicylina		
Karbamazepina		
Efawirenz		
Prymidon		

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że zostałam poinformowana o przeciwwskazaniach, działaniach ubocznych i możliwych konsekwencjach przyjęcia leku. Lek przyjmuję dobrowolnie. Jestem świadoma, że w ramach inicjatywy Lekarzy Kobietom poniższą wizytę prowadził lekarz, który mógł być ginekologiem lub specjalizującym się/specjalistą w innej dziedzinie medycyny i wyrażam na to zgodę. Potwierdzam, że w trakcie wizyty nie przekazałam dodatkowego wynagrodzenia lekarzowi. Potwierdzam, iż dobrowolnie nawiązałam kontakt z lekarzem a recepta została wydana na moją prośbę w trybie awaryjnym. Oświadczam, że nie zataiłam przed lekarzem informacji o stanie zdrowia.

Data i podpis pacjenta/pacjentki _____

Wyrażam zgodę na zaproponowane leczenie, tj. przyjęcie leku octan uliprystalu lub lewonorgestrelu. Jestem świadoma, iż wizyta odbywa się wyłącznie w zakresie uzyskania recepty na antykoncepcję awaryjną.

Data i podpis pacjenta/pacjentki _____

Oświadczam, że w dniu (proszę wpisać datę) wykonałam test ciążowy marki (proszę wpisać nazwę testu, która znajduje się na opakowaniu) seria..... (proszę wpisać nr serii, który znajduje się na opakowaniu), którego wynik jest

Data i podpis pacjenta/pacjentki _____

Zostałam poinformowana:

1. Leku nie można przyjmować w ciąży.
2. Leku nie można przyjmować w okresie karmienia piersią.
3. Lek nie ma 100% skuteczności. W przypadku opóźniania się miesiączki należy wykonać test ciążowy i skonsultować się z lekarzem ginekologiem w celu wykluczenia ciąży.
4. W razie wystąpienia jakichkolwiek niepokojących objawów należy zgłosić się do lekarza POZ lub lekarza ginekologa. W razie wystąpienia ostrych objawów, np. krwawienia z dróg rodnych, należy zgłosić się do izby przyjęć szpitala ginekologicznego lub SOR.
5. W przypadku ciąży po zastosowaniu octanu uliprystalu należy wziąć pod uwagę możliwość ciąży pozamacicznej.
6. Przed przyjęciem leku należy przeczytać ulotkę i zastosować się do jej treści.
7. Należy w pierwszym możliwym terminie zgłosić się na konsultację z lekarzem ginekologiem.
8. Zostałam poinformowana o ryzyku zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową i ewentualnej konieczności wykonania badań w tym zakresie.
9. Zostałam poinformowana, że przyjmowanie niektórych antybiotyków oraz znaczna otyłość mogą zmniejszyć skuteczność przyjmowanej antykoncepcji awaryjnej.
10. Lekarz niebędący ginekologiem zastrzega sobie prawo do odmowy wydania recepty jedynie w przypadku istnienia wątpliwości medycznych, dotyczących np. interakcji z przyjmowanymi lekami lub istnienia poważnych chorób przewlekłych, których stwierdzenie będzie wymagało konsultacji specjalistycznej z lekarzem ginekologiem.

Data i podpis pacjenta/pacjentki _____

Data i podpis lekarza wydającego receptę _____