

ЧЕК-ЛИСТ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРИЕМЛЕМОСТИ КОК

ОПРОСНИК ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ КОМБИНИРОВАННОЙ ОРАЛЬНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

ФИО _____

Полных лет _____

Дата заполнения _____

Данный опросник основан на Критериях приемлемости методов контрацепции Всемирной Организации Здравоохранения и Национальных критериях приемлемости.

Если пациентка отвечает «НЕТ» на все утверждения таблицы и она не беременна, КОК назначать можно, переходите к консультированию по выбору конкретного препарата.

При наличии хотя бы одного фактора риска, перечисленного в таблице, применение КОК противопоказано.

		ДА	НЕТ
1	Вы кормите ребенка грудью, и прошло <u>менее 6 месяцев</u> после последних родов		
2	Вам <u>более 35 лет</u> и Вы курите (или бросили курить <u>менее 1 года</u> назад)		
3	У Вас повышается артериальное давление выше <u>160/100 мм. рт. ст.</u>		
4	У Вас имеется поражение клапанов сердца с наличием осложнений: легочной гипертензией, бактериальный эндокардит в анамнезе, было протезирование клапанов		
5	У Вас есть или есть в анамнезе рак молочной железы или у Вас имеется образование молочной железы без точного диагноза.		
6	Вы страдаете системной красной волчанкой или болезнью Рейно с положительным волчаночным антикоагулянтом		
7	У Вас сильные головные боли (мигрени) с ауры (с нарушением зрения), либо без ауры и Вам <u>более 35 лет</u> (оба условия должны быть одновременно)		
8	У Вас сахарный диабет длительностью <u>более 20 лет</u> с осложнениями (поражения сосудов, почек, глаз, нервной системы)		
9	У Вас ранее была желтуха при использовании оральных контрацептивов		
10	Вы принимаете противосудорожные препараты (карбамазепин, барбитураты, фенитоин, примидон, топирамат, окскарбамазепин), кроме вальпроата натрия, или противотуберкулезные препараты (рифампицин, рифабутин)		
11	У Вас в анамнезе были инфаркты, ишемическая болезнь, инсульты или ишемические атаки, болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой.		
12	У Вас имеется неспецифический язвенный колит или болезнь Крона		
13	У Вас диагностированы опухоль или цирроз печени, или Вы перенесли вирусный гепатит <u>менее 3 месяцев</u> назад, или у вас есть заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей, требующие медикаментозного лечения.		
14	У Вас были ранее тромбозы глубоких вен и/или тромбозы легочной артерии		
15	У Вас выявлены тромбоцитарные мутации (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина), антифосфолипидный синдром		
16	Вы принимаете препараты против ВИЧ-инфекции (антиретровирусную)		
17	У Вас планируется большое хирургическое вмешательство с длительной иммобилизацией		