

UPITNIK ZA IZDAVANJE HITNE KONTRACENCIJE

Podaci u svrhu kvalitetnog savjetovanja

(Popunjava korisnica hitne kontracepcije ili magistar farmacije u suradnji s korisnicom)

Godina rođenja		
Je li se nezaštićen spolni odnos dogodio unutar zadnjih 120 sati (5 dana)?	DA	NE
Ako je odgovor DA , unutar kojeg termina?	< 72 sata 72-120 sati >120 sati	
Kasni li mjesečnica?	DA	NE
Je li korištena hitna kontracepcija nakon zadnje mjesečnice?	DA	NE
Koristite li druge lijekove, uključujući OTC i biljne lijekove?	DA	NE
Ako je odgovor DA, navesti koje?		
Postoji li problem koji bi mogao utjecati na apsorpciju lijeka za hitnu kontracepciju, poput povraćanja, jake dijareje, upalne bolesti crijeva?	DA	NE
Jeste li imali alergijsku reakciju na lijekove za hitnu kontracepciju, kod prethodnog/ih korištenja?	DA	NE
Ako je odgovor DA, navesti na koji od lijekova za hitnu kontracepciju?	Zaštićeni naziv lijeka	
Jeste li imali nuspojavu na lijekove za	DA	NE

hitnu kontracepciju, kod prethodnog/ih korištenja?		
Ako je odgovor DA, navesti na koji lijek za hitnu kontracepciju	Zaštićeni naziv lijeka	
Koje su nuspojave uočene?		
Jeste li imali izvanmateričnu trudnoću ?	DA	NE
Je li postoji ili je postojala upalna bolest zdjelice?	DA	NE

Lijek za hitnu kontracepciju je izdan	DA	NE
Ako je odgovor DA, upisati	Zaštićeni naziv lijeka: Datum izdavanja:	Razlog : - korisnica upućena liječniku - potrebno napraviti test na trudnoću - procjena magistra farmacije
Datum ispunjavanja upitnika		
Ime i prezime ljekarnika		
Potpis ljekarnika		