



## CÁC CÂU HỎI DÙNG ĐỂ TỰ KIỂM TRA NGỪA THAI NỘI TIẾT DÀNH CHO BỆNH NHÂN HOÀN THÀNH

*Lưu ý dành cho bệnh nhân: hãy in ra và hoàn thành bảng câu hỏi này và mang đến hiệu thuốc nếu bạn đang tìm kiếm biện pháp ngừa thai nội tiết tự chỉ định. Bạn có thể gọi điện trước cho hiệu thuốc để chắc chắn rằng họ có thể cung cấp dịch vụ này ngay lúc này. Bạn cũng có thể lấy mẫu đơn từ các nhà thuốc cộng tác.*

Tên bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Dược sĩ kiểm tra: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

1	Ngày đầu tiên của chu kỳ kinh nguyệt cuối của bạn là ngày nào?	/ /	
2	Bạn có từng uống thuốc ngừa thai, hoặc sử dụng miếng dán, vòng, hay tiêm/chích ngừa thai không? (Nếu không, hãy đến câu hỏi số 3)	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
	Bạn có bị phản ứng xấu khi sử dụng biện pháp ngừa thai nội tiết không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
	Hiện tại bạn có đang sử dụng thuốc ngừa thai, hoặc miếng dán, vòng, hay tiêm/chích ngừa thai không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
3	Bạn có bao giờ được chuyên gia y tế yêu cầu không sử dụng nội tiết tố không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
4	Bạn có hút thuốc lá không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
5	Bạn có nghĩ rằng mình có thể có thai bây giờ không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
6	Bạn có sinh con trong vòng 6 tuần qua không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
7	Hiện tại bạn có đang nuôi trẻ sơ sinh nhỏ hơn 1 tháng tuổi bằng sữa mẹ không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
8	Bạn có bị tiểu đường không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
9	Bạn có bị chứng đau nửa đầu, hoặc đau đầu đến nỗi cảm thấy khó chịu trong dạ dày, mất khả năng nhìn, không thể ở nơi có ánh sáng, hoặc liên quan đến tê liệt không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
10	Bạn có bị cao huyết áp (lên máu), hoặc cholesterol cao không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
11	Bạn có bao giờ bị đau tim hoặc đột quỵ, hoặc được cho biết có bệnh tim không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
12	Bạn có bao giờ bị huyết khối ở chân hoặc ở phổi không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
13	Bạn có bao giờ được chuyên gia y tế cho biết mình có nguy cơ cao phát triển huyết khối ở chân hoặc ở phổi không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
14	Bạn có từng phẫu thuật giảm cân hoặc phẫu thuật thu nhỏ dạ dày không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
15	Gần đây bạn có được phẫu thuật lớn hoặc đang có dự định thực hiện phẫu thuật trong 4 tuần tới không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
16	Bạn có hoặc đã bao giờ bị ung thư vú không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
17	Bạn có hoặc đã bao giờ bị bệnh viêm gan, bệnh gan, ung thư gan, hoặc bệnh túi mật, hoặc bạn có bị bệnh vàng da (vàng da hoặc mắt) không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
18	Bạn có bị lupus, viêm khớp dạng thấp, hoặc bất kỳ rối loạn máu nào không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
19	Bạn có dùng thuốc chữa trị cơ giết, lao (TB), nhiễm nấm hoặc vi rút suy giảm miễn dịch ở người (HIV) không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
	Nếu có, hãy liệt kê chúng ở đây:	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
20	Bạn có bất kỳ vấn đề y tế khác hoặc uống thuốc thường xuyên không?	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>
	Nếu có, hãy liệt kê chúng ở đây:	Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>