

مشاوره، انتخاب و آغاز استفاده از روش پیشگیری از بارداری

الف- شرایط عمومی مراجعه کننده:

		تعداد فرزند
بلی	خیر	کمتر از ۱۸ سال یا بیشتر از ۳۵ سال دارد؟
بلی	خیر	بیش از ۴ بارداری داشته است؟
بلی	خیر	از آخرین بارداری او کمتر از سه سال می گذرد؟
بلی	خیر	شک به بارداری
بلی	خیر	بارداری

ب- پاپ اسمیر بر پایه دستورالعمل کشوری (سطح دوم):

نوبت اول	تاریخ:	پاسخ: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> درمان <input type="checkbox"/> توصیه:
نوبت دوم	تاریخ:	پاسخ: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> درمان <input type="checkbox"/> توصیه:
نوبت سوم	تاریخ:	پاسخ: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> درمان <input type="checkbox"/> توصیه:
نوبت چهارم	تاریخ:	پاسخ: طبیعی <input type="checkbox"/> غیر طبیعی <input type="checkbox"/> درمان <input type="checkbox"/> توصیه:

توضیحات:

ب- آیا مراجعه کننده تاکنون از روش های مطمئن پیشگیری از بارداری استفاده کرده است؟ بلی خیر اگر بلی، نام آخرین روش:

ت- اگر مراجعه کننده تاکنون از روش پیشگیری از بارداری استفاده کرده است، تجربیات او با روش استفاده شده چه بوده است؟

رضایت از روش	دلیل قطع:
عدم رضایت از روش	
ترس از عارضه	عوارض در صورت بروز عارضه، نوع عارضه:
مخالفت همسر	علت های دیگر:
مدت استفاده از روش (ماه)	

ث- از نظر مراجعه کننده روش مناسب پیشگیری از بارداری چه ویژگیهایی باید داشته باشد؟

روش دائمی باشد	بلی	خیر	نیاز به مراجعه مکرر نداشته باشد.
استفاده از آن آسان باشد	بلی	خیر	قطع استفاده از آن آسان باشد
هنگام تماس جنسی استفاده شود	بلی	خیر	نظم خونریزی قاعدگی را به هم نزند
با شیردهی مشکلی نداشته باشد	بلی	خیر	از عفونت های جنسی و ایدز پیشگیری کند

ج- آیا مراجعه کننده می خواهد اطلاعاتی درباره همه روش های پیشگیری از بارداری داشته باشد؟ بلی خیر

چ- اگر پاسخ سوال قبلی بلی است، کلیاتی از همه روش های پیشگیری از بارداری برای او توضیح داده شد؟ بلی خیر

ح- اگر پاسخ سوال ج خیر است، آیا مراجعه کننده روشی را در ذهن خود انتخاب کرده است؟ بلی نام روش: خیر

خ- اگر پاسخ سوال قبلی بلی است، آیا اطلاعات کلی مراجعه کننده درباره روش مورد نظر صحیح است؟ بلی خیر

د- آیا مراجعه کننده در این مرحله روشی را برای پیشگیری از بارداری انتخاب کرده است؟ بلی خیر

ذ- در صورت انتخاب نکردن روش از سوی مراجعه کننده، تاریخ تعیین شده برای مراجعه بعدی:

ر- در صورت انتخاب روش توسط مراجعه کننده، نام روش انتخاب شده چیست؟

ز- آیا روش انتخاب شده برای مراجعه کننده مناسب است؟ بلی خیر

اگر مناسب است، به فرم مربوط به روش مورد نظر مراجعه کنید.

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

اگر مناسب نیست، به گیرنده خدمت کمک کنید که روش دیگری را انتخاب کند و نام روش های انتخابی بعدی را ذکر کنید. (اگر مراجعه کننده حاضر نشد روش دیگری انتخاب کند و هیچیک از موارد منع مصرف مطلق را برای روش انتخاب شده نداشت، به فرم مربوطه مراجعه و برپایه آن عمل کنید.)
س - تاریخ تکمیل فرم

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

آی یو دی

الف - بررسی کارشناس مامایی - پزشک - مراجعه اول - موارد منع مصرف مطلق و نسبی:

اختلالات انعقادی	بلی	خیر	رحم با شکل غیر طبیعی	بلی	خیر	نقص سیستم ایمنی	بلی	خیر
بیماری ویلسون یا حساسیت به مس	بلی	خیر	خونریزی شدید قاعدگی (دفع لخته)	بلی	خیر	آئمی شدید	بلی	خیر
شک به وجود بدخیمی رحم یا سرویکس و یا قطعیت آن	بلی	خیر	سابقه PID راجعه با بستری در بیمارستان	بلی	خیر	سل لگن	بلی	خیر
فیبرومی که اندازه و شکل حفره رحم را تغییر داده باشد	بلی	خیر	درفاصله زمانی درمان و پیگیری مول (حداقل یک سال)	بلی	خیر	خونریزی واژینال بدون علت مشخص	بلی	خیر
سابقه دیسمنوره	بلی	خیر	نداشتن سابقه زایمان	بلی	خیر	سابقه منورژی	بلی	خیر
داشتن شریک های جنسی متعدد (در زن یا همسر وی)	بلی	خیر	اندومتریت بعد زایمان در سه ماه گذشته	بلی	خیر	ابتلای (اخیر) به STIs یا سابقه آن	بلی	خیر
سابقه PID بدون بستری در بیمارستان	بلی	خیر	سرویسیت و واژینیت درمان نشده	بلی	خیر	سقط عفونی در سه ماه گذشته	بلی	خیر

ب - معاینه لگن (بررسی اندازه، عمق و وضعیت رحم و آدنکس ها) - کارشناس مامایی:

تاریخ معاینه:/...../.....

اندازه رحم	طبیعی	غیر طبیعی	عمق رحم (۹-۶ سانتی متر)	طبیعی	غیر طبیعی	نوع آی یو دی:
شکل رحم	طبیعی	غیر طبیعی	آیا آی یو دی گذاشته شد؟	بلی	خیر	تاریخ گذاردن آی یو دی:
وضعیت آدنکس ها	طبیعی	غیر طبیعی	مقدار Hgb:			

پ - زمان گذاشتن آی یو دی برای گیرنده خدمت:

پنج روز اول قاعدگی	شش هفته پس از زایمان طبیعی یا سزارین
پنج روز اول پس از سقط غیر عفونی یا کورتاژ زیر ۱۲ هفته	شش هفته بعد از سقط بالای ۱۲ هفته
بعد از شش هفته پس از زایمان در زن شیردهی که قاعدگی او برنگشته است (پس از β -hCG)	سایر زمانها (توضیح داده شود)

نکات قابل توجه در زمان آی یو دی گذاری (در صورت نیاز):

ت - بررسی های دوره ای - کارشناس مامایی (با عادی و غیرعادی مشخص شود)

بررسی دوره ای آی یو دی									
پس از پایان اولین پرئود	ماه ۶	ماه ۱۲	ماه ۱۸	ماه ۲۴	ماه ۳۰	ماه ۳۶	ماه ۴۲	ماه ۴۸	
تاریخ مراجعه									
قابلیت مشاهده نخ									
تغییر طول نخ									
معاینه لگن									
اندازه گیری هموگلوبین									
رضایت از روش									
به یاد داشتن هشدار									

دیده نشدن نخ تاریخ: اقدام:

تغییر طول نخ تاریخ: اقدام:

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

ث- معاینه ها، هشدارها، عوارض احتمالی و اقدام ها (کارشناس مامایی و پزشک):

مشکل/زمان	تا پایان اولین پریود	شش ماه	۱۲ ماه	۱۸ ماه	۲۴ ماه	۳۰ ماه	۳۶ ماه	۴۲ ماه	۴۸ ماه
تاریخ مراجعه									
سوراخ شدن رحم									
بیماری التهابی لگن (درد پایین شکم، ترشح واژینال چرکی و بدبو، تب، لرز، استفراغ، و حرکات دردناک سرویکس)									
سقط با آی یو دی									
بارداری خارج رحمی									
بدخیمی دستگاه تناسلی									
افزایش ترشحات واژینال									
افزایش خونریزی و درد هنگام قاعدگی									
خونریزی نامنظم و لکه بینی بین قاعدگی									
تاخیر قاعدگی									
بارداری داخل رحمی									

ج - علل و زمان قطع استفاده از روش - (خانه های مربوطه را کامل کنید):

ترس از عارضه	بروز عوارض	در صورت بروز عارضه نوع عارضه:
مخالفت همسر	علت های دیگر:	
تاریخ خروج:	مدت استفاده از روش (ماه):	به جز هنگام قاعدگی
خروج خودبخودی و دفع ناکامل آی یو دی	اگر آی یو دی در غیر از زمان قاعدگی خارج شده، در ۱۲۰ ساعت گذشته تماس جنسی محافظت نشده داشته و نمی خواهد باردار شود، EC را پیشنهاد کنید.	
پایان مدت اثر آی یو دی		

چ - آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ بلی خیر در صورت بلی بودن پاسخ این سوال، برای او چه کاری انجام شده است؟

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

ج- عوارض احتمالی و هشدارها و اقدام- سطح اول، سطح دوم:

تا ۲۷ ماه	تا ۲۴ ماه	تا ۲۱ ماه	تا ۱۸ ماه	تا ۱۵ ماه	تا ۱۲ ماه	تا ۹ ماه	تا ۶ ماه	تا ۳ ماه	مشکل/ فاصله زمانی از اولین ارائه خدمت
									تاریخ مراجعه
									خونریزی شدید یا طولانی (دو برابر شدن مقدار یا مدت قاعدگی)
									زردی چشم و پوست
									افزایش فشار خون (نیازمند درمان)
									سردرد شدید همراه با تاری دید، از بین رفتن موقت بینایی، برق زدن در چشم، اختلال تکلم یا حرکت
									تغییر خلق
									سردرد و سرگیجه
									نفخ شکم
									کاهش میل جنسی
									حساسیت پستان ها
									شک به بدخیمی پستان
									تاخیر قاعدگی (درفرد دارای قاعدگی مرتب با DMPA)
									تاخیر بیش از دوهفته برای تزریق بعدی و وجود قاعدگی ماهیانه در طول استفاده از روش*
									قطع قاعدگی به دلیل تزریق امپول و تاخیر بیش از دو هفته در تزریق بعدی*
									قطع قاعدگی*
									لکه بینی یا خونریزی در طول دوره های قاعدگی*

ح - علل و زمان قطع استفاده از روش - سطح اول (خانه های مربوطه را کامل کنید):

ترس از عارضه	بروز عوارض	در صورت بروز عارضه نوع عارضه:
مخالفت همسر	علت های دیگر:	
تاریخ قطع روش:	مدت استفاده از روش (ماه):	هنگام قاعدگی
		به جز هنگام قاعدگی

خ - آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ بلی خیر در صورت بلی بودن پاسخ این سوال، برای او چه کاری انجام شده است؟

در موارد * به دستورالعمل مراجعه شود.

لایسنترنول

الف - بررسی سطح اول - موارد منع مصرف مطلق و نسبی:

بلی	خیر	اختلالات مزمن یا حاد کبدی (تومور، هپاتیت و ...)	بلی	خیر	خونریزی غیر طبیعی رحمی	بلی	خیر	ابتلای فعلی به مشکل لخته شدن خون در ورید های عمقی، آمبولی
بلی	خیر	سابقه کلستانز بارداری	بلی	خیر	وزن بیش از ۷۰ کیلوگرم	بلی	خیر	سابقه، ابتلای به سرطان پستان
بلی	خیر	مصرف همزمان داروی ضد تشنج، ریغاهپین، گریزوفلووین	بلی	خیر	فشارخون بالا (۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه و بالاتر)	بلی	خیر	سابقه بارداری خارج رحمی

پ- بررسی های لازم و نتایج آنها:

اندازه گیری وزن	تاریخ:	پاسخ:
اندازه گیری و ثبت فشار خون	تاریخ:	پاسخ:
بررسی های لازم حسب وجود نکته ای خاص در شرح حال	تاریخ:	پاسخ:

ت- زمان شروع لایسنترنول- سطح اول

شش هفته پس از زایمان (در صورت قاعده نشدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیر خوار با شیر مادر)
پنج روز اول قاعدگی و ترجیحا روز اول (در صورت قاعده شدن مادر شیرده و تغذیه انحصاری شیر خوار با شیر مادر)
بلافاصله پس از قطع روش قبلی (در استفاده کنندگان از سایر روش ها به شرط گذشت کمتر از شش ماه از زمان زایمان)
سایر شرایط

ث - تاریخ شروع لایسنترنول - سطح اول:

ج - ارزیابی های دوره ای - سطح اول:

سه ماه پس از زایمان	شش ماه پس از زایمان	تاریخ
		وزن
		فشار خون
		رضایت از روش

چ- هشدارها، شکایت ها و عارضه های احتمالی - سطح اول، سطح دوم:

چهار ماه	سه ماه	دو ماه	یک ماه	عنوان/ فاصله زمانی از اولین ارائه خدمت
				تاریخ مراجعه
				احتمال پارگی کیست های تخمدانی
				حاملگی خارج رحمی
				خونریزی شدید
				سردرد شدید (میگرن، سردرد های شدید همراه با تاری دید)
				درد شدید قفسه سینه
				زردی پوست و چشم
				خونریزی نامرتب رحمی*
				حساس شدن پستان*
				سایر عوارض احتمالی
				آموزش های لازم

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

ح - علل و زمان قطع استفاده از روش (خانه های مربوطه را کامل کنید) - سطح اول:

ترس از عارضه	بروز عوارض	در صورت بروز عارضه نوع عارضه:
مخالفت همسر	علت های دیگر:	
احتمال کم شدن تاثیر قرص	پایان دوره مصرف	
تاریخ قطع روش	مدت استفاده از روش (ماه)	هنگام قاعدگی
		به جز هنگام قاعدگی

خ - آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ بلی خیر در صورت بلی بودن پاسخ این سوال، برای او چه کاری انجام شده است؟

در موارد * به دستورالعمل روش های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران مراجعه شود.

بستن لوله های رحمی

الف - بررسی سطح اول - مراجعه اول - موارد منع مصرف مطلق:

خواستن فرزند	بلی	خیر
--------------	-----	-----

ب - بررسی سطح اول - مراجعه اول - موارد تاخیر:

بارداری	بلی	خیر
---------	-----	-----

پ - بررسی سطح دوم - مراجعه اول - موارد تاخیر:

سابقه PID در سه ماهه اخیر	بلی	خیر	بیماری های تروفو بلاستیک بدخیم	بلی	خیر
سابقه اخیر بیماری قلبی حاد	بلی	خیر	ابتلای به ترومبوز وریدهای عمقی	بلی	خیر
ابتلای به آمبولی ریه	بلی	خیر	خونریزی واژینال بدون علت مشخص	بلی	خیر
بیماری های فعال مقاربتی	بلی	خیر	سرطان های لگن	بلی	خیر
مشکلات دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان	بلی	خیر	پس از سقط عفونی یا ۴۲-۷ روز پس از زایمان	بلی	خیر

ت - زمان پیشنهادی برای انجام عمل بستن لوله های رحمی برای گیرنده خدمت (پس از بررسی شرایط بالا) - سطح دوم:

پس از زایمان طبیعی	هنگام سزارین
سایر زمان ها (اطمینان از باردار نبودن متقاضی) توضیح داده شود	

ث - آزمایش ها و معاینه های لازم و نتایج آنها - سطح دوم (خانه های مربوطه را کامل کنید):

درخواست β -hCG	تاریخ:	پاسخ:
درخواست اندازه گیری هموگلوبین	تاریخ:	پاسخ:
معاینه لگن (بجز دوران بارداری)	تاریخ:	پاسخ:
اندازه گیری فشارخون	تاریخ:	پاسخ:

ج - وضعیت دریافت خدمت

آیا عمل بستن لوله های رحمی برای متقاضی خدمت انجام شده است؟

بلی تاریخ: پس از زایمان هنگام سزارین سایر زمان ها

خیر دلیل انجام نشدن عمل:

چ - بررسی شکایت های تا چهار هفته اول (به ویژه هفته اول) بعد از عمل - سطح اول یا دوم

از حال رفتن	بلی	خیر	گیجی شدید در ۴ هفته و بویژه هفته اول	بلی	خیر
درد یا حساسیت شکم	بلی	خیر	تب بیشتر از ۳۸ درجه	بلی	خیر
قرمزی محل عمل که بدتر شود یا از بین نرود.	بلی	خیر	خروج چرک و خون از محل عمل تا یک هفته	بلی	خیر
درد و تورم محل عمل	بلی	خیر	درد شکمی که بدتر شده یا از بین نرود	بلی	خیر

اقدام انجام شده در صورت وجود هرکدام از موارد یادشده: ارجاع تاریخ ارجاع کارهای دیگر (توضیح دهید):

کارهای انجام شده در سطوح بالاتر (در صورت ارجاع و انجام):

ح - پیگیری های بعد از عمل - سطح دوم:

معاینه بعد از عمل	تاریخ:	مراجعه برای کشیدن بخیه	تاریخ:
اقدام انجام شده برای این مراجعه:		ارجاع	
کارهای دیگر (توضیح دهید):			

خ - در صورت هرگونه مراجعه پیگیری، بررسی رضایت از عمل، عارضه ها، هشدارها، راهنمایی و مشاوره (در صورت وجود مشکل خاص) سوال و ثبت شود.

واژکتومی بدون تیغ جراحی

الف - بررسی توسط ارائه دهنده خدمت مراجعه اول- موارد منع مصرف مطلق:

خواستن فرزند	بلی	خیر
--------------	-----	-----

ب- معاینه های لازم و نتایج آنها- سطح دوم (با طبیعی و غیرطبیعی مشخص شود):

معاینه عمومی بدن	غیر طبیعی	طبیعی	معاینه دستگاه تناسلی	غیر طبیعی	طبیعی
هر مورد غیرعادی توضیح داده شود:					

پ - بررسی سطح دوم پزشک ارائه کننده خدمت- مراجعه اول- موارد احتیاط:

آسیب اسکروتوم	بلی	خیر	هیدروسل بزرگ	بلی	خیر	عدم نزول بیضه یک طرفه	بلی	خیر
واریکوسل بزرگ	بلی	خیر	دیابت	بلی	خیر	سابقه جراحی اسکروتوم	بلی	خیر

اقدام انجام شده در صورت وجود هر یک از موارد بالا:

تاریخ:

ت- بررسی سطح دوم - مراجعه اول- موارد تاخیر*:

بیماری مقاربتی فعال	بلی	خیر	التهاب لوله های اسپرم بر و بیضه ها	بلی	خیر	عفونت پوست اسکروتوم	بلی	خیر
التهاب سر آلت	بلی	خیر	اپیدیمیت	بلی	خیر	گاسترو آنتریت شدید	بلی	خیر
اورکیت	بلی	خیر	فیلاریازیس	بلی	خیر	الفانتیازیس	بلی	خیر
عفونت حاد سیستمیک	بلی	خیر						

اقدام انجام شده در صورت وجود هر یک از شرایط بالا: درمان ارجاع تاریخ:

ث- بررسی سطح دوم- مراجعه اول- موارد نیازمند ارجاع به بیمارستان*:

فتق کشاله ران	بلی	خیر	عدم نزول بیضه دوطرفه	بلی	خیر	اختلالات انعقادی	بلی	خیر
ایدز	بلی	خیر	وجود توده در کیسه بیضه ها	بلی	خیر	سابقه حساسیت به لیدوکائین	بلی	خیر

اقدام انجام شده در صورت وجود هر کدام از موارد بالا:

ارجاع تاریخ:

ج- آیا عمل واژکتومی برای متقاضی خدمت انجام شده است؟

بلی (تاریخ:) خیر دلیل انجام نشدن عمل واژکتومی

چ - روش مورد استفاده فرد واژکتومی شده یا همسر او تا هنگام دریافت پاسخ اسپرم آنالیز - سطح اول:

کاندوم	قرص
آی یو دی	آمپول سه ماهه
آمپول یک ماهه	روش های دیگر (نام برده شود):

ح- آیا علائم هشدار برای فرد واژکتومی شده توضیح داده شده است - سطح دوم: بلی خیر

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

خ - پیگیری های بعد از عمل و اقدامات مربوطه (معاینه ها و هشدارها) - سطح دوم:
 معاینه محل عمل (یک هفته بعد از عمل)
 تاریخ مراجعه: نتیجه معاینه: طبیعی غیرطبیعی

خیر	بلی	خروج خون و چرک از محل زخم	خیر	بلی	تورم بیش از حد اسکروتوم
خیر	بلی	درد شدید ناحیه عمل که به مسکن های معمولی پاسخ نمی دهد	خیر	بلی	تب بیش از ۳۸ درجه تا ۴ هفته به ویژه هفته اول

د- اقدام انجام شده در صورت وجود هر کدام از موارد بالا:

ارجاع تاریخ: کارهای دیگر توضیح دهید:

ذ- پاسخ آزمایش اسپرم - سطح دوم:

پاسخ آزمایش:	تاریخ:	نوبت اول (پس از سه ماه)
پاسخ آزمایش:	تاریخ:	نوبت دوم (پس از چهار ماه)

* به دستورالعمل مراجعه شود.

قرص های ترکیبی ال دی □ تری فازیک □

الف - بررسی سطح اول - موارد منع مصرف مطلق و نسبی:

بله	خیر	سابقه سکته قلبی یا مغزی، لخته خون در پاها یا ریه	بله	خیر	شک به سرطان پستان، ابتلا یا سابقه آن	بله	خیر	داشتن فشارخون بیش از ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه
بله	خیر	خونریزی رحمی بدون علت مشخص	بله	خیر	ابتلای به دیابت به مدت بیست سال یا بیش از آن	بله	خیر	زایمان در سه هفته گذشته در زن غیر شیرده
بله	خیر	سیگاری ۳۵ ساله یا مسن تر	بله	خیر	سر درد های مکرر شامل میگرن با علائم عصبی موضعی	بله	خیر	بیماری فعال یا مزمن کبدی
بله	خیر	کارسینوم اندومتر	بله	خیر	فشارخون کنترل شده ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه	بله	خیر	سیگاری زیر ۳۵ سال
بله	خیر	مادران شیرده با شیرخوار کوچک تر از ۶ ماه	بله	خیر	مصرف داروی صرع (جز والپروئیک اسید)، ریفامپین یا گریزوفولونین	بله	خیر	سابقه زردی انسدادی دوران حاملگی

ب - بررسی سطح دوم - موارد منع مصرف نسبی و مطلق:

بله	خیر	سر درد های مکرر شامل میگرن با علائم عصبی موضعی	بله	خیر	سکته قلبی، مغزی یا بیماری شدید قلبی یا عروقی	بله	خیر	هر بدخیمی مشکوک یا شناخته شده وابسته به استروژن
بله	خیر	بیماری فعال یا مزمن کبدی، یا همزمان با مصرف قرص و اختلال چربی ها	بله	خیر	شرایط نیازمند بی حرکتی کامل (۲۸ روز قبل از عمل تا پایان بی حرکتی پس از عمل)	بله	خیر	ابتلا فعلی یا سابقه لخته خون در ورید های عمقی، اختلالات ترومبوامبولیک یا شرایط مستعد کننده این بیماری ها
بله	خیر	افزایش چربی های خون	بله	خیر	دیابت با بیماری های عروقی	بله	خیر	بیماری سیانوتیک قلب
بله	خیر	بیماری های دریچه ای قلب با عوارض	بله	خیر	میگرن بدون علامت موضعی و سن بیش از ۳۵	بله	خیر	سابقه هر بیماری مرتبط با مصرف قرص
بله	خیر	بیماری های عروق کرونر، آنژین قلبی یا شرایط مستعد کننده آنها	بله	خیر	بیماری عروق مغزی، سابقه این بیماری ها یا شرایط مستعد کننده آن ها	بله	خیر	وجود سایر موارد بیماری یا مشکل
بله	خیر	ابتلا به بیماری های التهابی روده (کرون، کولیت زخمی، بیماری فعال کیسه صفرا...)	بله	خیر	بیماری دریچه ای بدون عارضه قلب	بله	خیر	بدخیمی داخل اپیتلیومی تا شدید گردن رحم
بله	خیر	توده پستانی تشخیص داده نشده	بله	خیر	میگرن بدون علائم عصبی	بله	خیر	افسردگی خیلی شدید
بله	خیر	ترومبوفلیت سطحی	بله	خیر	دیابت بدون درگیری عروقی	بله	خیر	

پ - زمان شروع مصرف قرص (بهورز - کاردان):

پنج روز اول قاعدگی و ترجیحا روز اول شش هفته پس از زایمان در زن شیرده	پنج روز اول سقط و ترجیحا روز اول	سه هفته پس از زایمان در زن غیر شیرده
سایر زمان ها:		

ت - معاینه های لازم و نتایج آنها و تاریخ دریافت اولین بسته قرص (سطح اول): تاریخ:

بررسی زردی پوست و چشم	نتیجه:	معاینه پستان	نتیجه:	وزن	کیلوگرم	قد	متر
فشارخون	نتیجه:	BMI	نتیجه:	تاریخ دریافت:			

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

ث - بررسی ها و آزمایش های بعدی:

بررسی دوره ای معاینه های قرص های ترکیبی									
زمان	سه ماه	شش ماه	۱۲ ماه	۱۸ ماه	۲۴ ماه	۳۶ ماه	۴۸ ماه	۶۰ ماه	۷۲ ماه
تاریخ									
فشار خون									
وزن									
تری گلیسرید									
قند									
چربی و لیپو پروتئین									

ج - ارزیابی خدمت، رضایت گیرنده خدمت و عارضه احتمالی (با "د" به جای "دارد" یا "ن" به جای "ندارد" کامل شود) - سطح اول:

مشکل / نوبت مراجعه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
تاریخ													
رضایت از روش													
تنوع													
سر درد خفیف													
حساسیت پستان ها													
لکه بینی یا خونریزی بین قاعدگی ها													
افزایش وزن													
درد شدید در قسمت بالای شکم													
درد قفسه سینه، تنگی نفس، سرفه با خلط خونی													
تورم یا درد شدید یک پا													
مشکلات چشمی													
سر درد غیر معمول													
آموزش های لازم													

چ - علل و زمان قطع استفاده از روش (خانه های مربوطه را کامل کنید):

ترس از عارضه	عوارض	در صورت بروز عارضه، نوع عارضه:
مخالفت همسر	علت های دیگر:	
تاریخ قطع روش:	مدت استفاده از روش (ماه):	هنگام قاعدگی
		به جز هنگام قاعدگی

ح - آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ بلی خیر در صورت بلی بودن پاسخ این سوال، برای او چه کاری انجام شده است؟

آپول های ترکیبی یک ماهه

الف - بررسی سطح اول - موارد منع مصرف مطلق و نسبی:

بله	خیر	سابقه سکته قلبی یا مغزی، لخته خون در پاها یا ریه	بله	خیر	شک به سرطان پستان، ابتلا یا سابقه آن	بله	خیر	داشتن فشارخون بیش از ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه
بله	خیر	خونریزی رحمی بدون علت مشخص	بله	خیر	ابتلای به دیابت به مدت بیست سال یا بیش از آن	بله	خیر	زایمان در سه هفته گذشته در زن غیر شیرده
بله	خیر	سیگاری ۳۵ ساله یا مسن تر	بله	خیر	سر درد های مکرر شامل میگرن با علائم عصبی موضعی	بله	خیر	بیماری فعال یا مزمن کبدی
بله	خیر	کارسینوم اندومتر	بله	خیر	فشارخون کنترل شده ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰ میلی متر جیوه	بله	خیر	سیگاری زیر ۳۵ سال
بله	خیر	مادران شیرده با شیرخوار کوچک تر از ۶ ماه	بله	خیر	مصرف داروی صرع (جز والپروئیک اسید)، ریفامپین یا گریزوفولونین	بله	خیر	سابقه زردی انسدادی دوران حاملگی

ب - بررسی سطح دوم - موارد منع مصرف نسبی و مطلق:

بله	خیر	سر درد های مکرر شامل میگرن با علائم عصبی موضعی	بله	خیر	سکته قلبی، مغزی یا بیماری شدید قلبی یا عروقی	بله	خیر	دیابت با بیماری های عروقی
بله	خیر	بیماری فعال یا مزمن کبدی، یا همزمان با مصرف قرص و اختلال چربی ها	بله	خیر	شرایط نیازمند بی حرکتی کامل (۲۸ روز قبل از عمل تا پایان بی حرکتی پس از عمل)	بله	خیر	ابتلا فعلی یا سابقه لخته خون در ورید های عمقی، اختلالات ترومبومبولیک یا شرایط مستعد کننده این بیماری ها
بله	خیر	افزایش چربی های خون	بله	خیر	بیماری های عروق کرونر	بله	خیر	بیماری سیانوتیک قلب
بله	خیر	بیماری های دریچه ای قلب با عوارض	بله	خیر	میگرن بدون علامت موضعی و سن بیش از ۳۵	بله	خیر	سابقه هر بیماری مرتبط با مصرف قرص یا آپول ترکیبی
بله	خیر	هر بدخیمی مشکوک یا شناخته شده وابسته به استروژن	بله	خیر	بیماری عروق مغزی، سابقه این بیماری ها یا شرایط مستعد کننده آن ها	بله	خیر	وجود سایر موارد بیماری یا مشکل
بله	خیر	ابتلا به بیماری فعال کیسه صفرا	بله	خیر	بیماری دریچه ای بدون عارضه قلب	بله	خیر	بدخیمی داخل اپیتلیومی تا شدید گردن رحم
بله	خیر	توده پستانی تشخیص داده نشده	بله	خیر	میگرن بدون علائم عصبی	بله	خیر	افسردگی خیلی شدید
بله	خیر	ترومبوفلیت سطحی	بله	خیر	دیابت بدون درگیری عروقی	بله	خیر	

پ - زمان شروع مصرف آپول (بهورز - کاردان):

پنج روز اول قاعدگی و ترجیحا روز اول	پنج روز اول سقط و ترجیحا روز اول	سه هفته پس از زایمان در زن غیر شیرده
شش هفته پس از ایمان در زن شیرده	سایر زمان ها:	

ت - معاینه های لازم و نتایج آنها و تاریخ تزریق اولین آپول (سطح اول): تاریخ:

بررسی زردی پوست و چشم	نتیجه:	معاینه پستان	نتیجه:	وزن	کیلوگرم	قد	متر
فشارخون	نتیجه:	BMI	نتیجه:	تاریخ تزریق:			

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

ث - بررسی ها و آزمایش های بعدی:

بررسی دوره ای معاینه های آمپول های یک ماهه									
زمان	سه ماه	شش ماه	۱۲ ماه	۱۸ ماه	۲۴ ماه	۳۶ ماه	۴۸ ماه	۶۰ ماه	۷۲ ماه
تاریخ									
فشار خون									
وزن									
تری گلیسرید									
قند									
چربی و لیپو پروتئین									

ج - ارایه خدمت، رضایت گیرنده خدمت و عارضه احتمالی (با "د" به جای "دارد" یا "ن" به جای "ندارد" کامل شود) - سطح اول:

مشکل / نوبت مراجعه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
تاریخ												
رضایت از روش												
تهوع												
سردرد خفیف												
حساسیت پستان ها												
لکه بینی یا خونریزی بین قاعدگی ها												
افزایش وزن												
درد شدید در قسمت بالای شکم												
درد قفسه سینه، تنگی نفس، سرفه یا خلط خونی												
تورم یا درد شدید یک پا												
مشکلات چشمی												
سردرد غیر معمول												
آموزش های لازم												

چ - علل و زمان قطع استفاده از روش (خانه های مربوطه را کامل کنید):

ترس از عارضه	عوارض	در صورت بروز عارضه، نوع عارضه:
مخالفت همسر	علت های دیگر:	
تاریخ قطع روش:	مدت استفاده از روش (ماه):	هنگام قاعدگی
		به جز هنگام قاعدگی

ح - آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ بلی خیر در صورت بلی بودن پاسخ این سوال، برای او چه کاری انجام شده است؟

کاندوم

الف - بررسی سطح اول - مراجعه اول - موارد منع مصرف مطلق:

حساسیت فرد به کاندوم	بلی	خیر	حساسیت همسر فرد به کاندوم	بلی	خیر
----------------------	-----	-----	---------------------------	-----	-----

ب- آیا ضمن آموزش روش اورژانس پیشگیری از بارداری به مراجعه کننده یا همسر او، قرص مربوطه به او داده شد؟

بلی خیر

نوع قرص: لوونورجسترل ال دی تری فازیک (در صورت خیر علت آن نوشته شود)

تاریخ شروع استفاده از کاندوم:

پ- مراجعه های بعدی دریافت کاندوم (با "د" و "ن" کامل شود):

ماه ۱۰	ماه ۹	ماه ۸	ماه ۷	ماه ۶	ماه ۵	ماه ۴	ماه ۳	ماه ۲	ماه ۱	
										تاریخ
										رضایت از روش
										آگاهی فرد از EC و کاندوم
										داشتن بسته قبلی قرص EC
										حساسیت به روش
										تاریخ انقضای قرص (در صورت تحویل)
ماه ۲۰	ماه ۱۹	ماه ۱۸	ماه ۱۷	ماه ۱۶	ماه ۱۵	ماه ۱۴	ماه ۱۳	ماه ۱۲	ماه ۱۱	
										تاریخ
										رضایت از روش
										آگاهی فرد از EC و کاندوم
										داشتن بسته قبلی قرص EC
										حساسیت به روش
										تاریخ انقضای قرص (در صورت تحویل)
ماه ۳۰	ماه ۲۹	ماه ۲۸	ماه ۲۷	ماه ۲۶	ماه ۲۵	ماه ۲۴	ماه ۲۳	ماه ۲۲	ماه ۲۱	
										تاریخ
										رضایت از روش
										آگاهی فرد از EC و کاندوم
										داشتن بسته قبلی قرص EC
										حساسیت به روش
										تاریخ انقضای قرص (در صورت تحویل)
ماه ۴۰	ماه ۳۹	ماه ۳۸	ماه ۳۷	ماه ۳۶	ماه ۳۵	ماه ۳۴	ماه ۳۳	ماه ۳۲	ماه ۳۱	
										تاریخ
										رضایت از روش
										آگاهی فرد از EC و کاندوم
										داشتن بسته قبلی قرص EC
										حساسیت به روش
										تاریخ انقضای قرص (در صورت تحویل)

نام و نام خانوادگی شماره پرونده خانوار

ادامه جدول پ- مراجعه های بعدی دریافت کاندوم (با "د" و "ن" کامل شود):

ماه ۵۰	ماه ۴۹	ماه ۴۸	ماه ۴۷	ماه ۴۶	ماه ۴۵	ماه ۴۴	ماه ۴۳	ماه ۴۲	ماه ۴۱	
										تاریخ
										رضایت از روش
										آگاهی فرد از EC و کاندوم
										داشتن بسته قبلی قرص EC
										حساسیت به روش
										تاریخ انقضای قرص (در صورت تحویل)
ماه ۶۰	ماه ۵۹	ماه ۵۸	ماه ۵۷	ماه ۵۶	ماه ۵۵	ماه ۵۴	ماه ۵۳	ماه ۵۲	ماه ۵۱	
										تاریخ
										رضایت از روش
										آگاهی فرد از EC و کاندوم
										داشتن بسته قبلی قرص EC
										حساسیت به روش
										تاریخ انقضای قرص (در صورت تحویل)
ماه ۷۰	ماه ۶۹	ماه ۶۸	ماه ۶۷	ماه ۶۶	ماه ۶۵	ماه ۶۴	ماه ۶۳	ماه ۶۲	ماه ۶۱	
										تاریخ
										رضایت از روش
										آگاهی فرد از EC و کاندوم
										داشتن بسته قبلی قرص EC
										حساسیت به روش
										تاریخ انقضای قرص (در صورت تحویل)

ت - علل و زمان قطع استفاده از روش (خانه های مربوطه را کامل کنید):

ترس از عارضه	عوارض	در صورت بروز عارضه، نوع عارضه:
مخالفت همسر	علت های دیگر:	
تاریخ قطع روش:	مدت استفاده از روش (ماه):	هنگام قاعدگی
		به جز هنگام قاعدگی

ث - آیا مراجعه کننده تمایل به استفاده از روش دیگری دارد؟ بلی خیر در صورت بلی بودن پاسخ این سوال، برای او چه کاری انجام شده است؟