

Liste d'éligibilité aux Contraceptifs Oraux Combinés

	OUI	NON
Avez vous plus de 35 ans <u>et</u> fumez vous ?		
Etes vous régulièrement suivie pour un problème important de santé? diabète, problème de rein, maladie inflammatoire intestinale, greffe d'organe, cancer du sein		
Vous a t' on déjà trouvé au moins 1 fois la tension artérielle trop élevée? (supérieure à 14-9)		
Avez vous ou avez vous eu de graves problèmes de coeur ou de vaisseaux sanguins? infarctus, paralysie, phlébite, embolie pulmonaire, malformation		
Y a t' il de graves problèmes de coeur ou de vaisseaux dans votre famille proche et avant 60 ans ? infarctus, paralysies, phlébites, embolies pulmonaires		
Avez vous ou avez vous eu un problème de foie ? jaunisse, hépatite		
Avez vous souvent des migraines ? forts maux de tête, souvent d'un seul côté, augmentés par la lumière ou le bruit, parfois accompagnés de nausées ou de picotements, troubles de la vue		
Allaitez vous?		
Avez vous eu des problèmes de diabète, foie, tension artérielle trop élevée pendant une grossesse récente?		
Prenez vous des médicaments pour l'épilepsie? la Tuberculose?		
Prenez vous des médicaments pour le SIDA, ou un traitement qui diminue les défenses du corps?		
Pouvez vous être enceinte ? Répondre OUI si vous avez : -des signes de grossesse . -des règles qui remontent à plus de 4 semaines -eu des rapports sexuels sans préservatif, un préservatif qui a glissé ou craqué depuis les dernières règles sans prendre de contraception d'urgence		

Date: Prénom: Date de naissance:

Décision : Pilule 1er jour des règles OUI/NON

Quick start : OUI/NON

Orientation: