

PROTOCOLO DE ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Centro de
Salud.....

Nombre y
Apellidos.....

..... Edad.....

Dirección.....

..... Teléfono.....

Número historia Centro de Salud.....

Número historia COPF.....

PRIMERA VISITA AL CENTRO DE SALUD:

1. Contraindicaciones absolutas para la anticoncepción hormonal (anotar SÍ o NO)

	SI/NO		SÍ/NO
Antecedentes personales de Enfermedad Tromboembólica		Diabetes con vasculopatía	
Antecedentes personales de Ictus Cerebra		Tabaquismo en mayores de 35 años	
Circunstancias de riesgo tromboembólico (inmovilización o cirugía reciente)		Hipertensión Arterial	
Trombofilia Familiar		Hepatopatía activa	
Antecedentes familiares de Enfermedad Tromboembólica pendiente de estudio		Hemorragia genital no diagnosticada	
Ca. Ginecológico		Hipertrigliceridemia severa	
Embarazo		Cardiopatía Isquémica	
Migraña con aura o sin ella en > 35 años			

2. Medicación o hábitos tóxicos

- Fármacos que tome habitualmente (especificar):
- Tabaco (número de cigarrillos/día):
- Alcohol (gramos/semana):
- Otros (especificar):

3. Historia gine-obstétrica

- Menarquia:
- Fórmula menstrual:
- Embarazos: A término: Abortos:

4. Exploración y Analítica:

- T. arterial:
- Peso:
- Analítica (sólo anotar los datos anormales):

5. Anticonceptivo prescrito:

PRIMERA VISITA AL COPF:

(Indicar si la exploración es normal o patológica)

CITOLOGÍA:

MAMAS:

ECO:

OBSERVACIONES

ABANDONO