

Protocollo per la consegna del contraccettivo orale d'emergenza

Può essere compilato dalla cliente

1. Data di nascita: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (gg.mm.aaaa)	<i>Scrivere il cognome, il nome e l'indirizzo sul retro I dati rimarranno strettamente riservati</i>
2. Perché ha bisogno della "pillola del giorno dopo"? <input type="checkbox"/> Pillola dimenticata Nome della pillola: _____ Quante cpr. dimenticate: <input type="text"/> <input type="text"/> Ultima assunzione: <input type="text"/> <input type="text"/> ore fa Numero delle cpr. dimenticate (1-28): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Problema con il preservativo <input type="checkbox"/> Nessuna contraccezione <input type="checkbox"/> Altro motivo: _____	
3. Numero di ore dall'ultimo rapporto sessuale non protetto: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ore	
4. Quando è iniziata l'ultima mestruazione: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (gg.mm.aaaa) Non so <input type="checkbox"/>	
5. L'ultima mestruazione è stata diversa dal solito (meno abbondante, più breve...)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
6. Dall'ultima mestruazione ha avuto altri rapporti sessuali non protetti?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
7. Ha avuto nel passato un'infezione delle ovidotto / gravidanza tubarica o sa di avere altri problemi di salute? Quali? _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
8. Attualmente assume medicinali? Quali? _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
9. Ha delle allergie a qualche medicamento? Quali? _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
10. Attualmente allatta al seno?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
11. Ha già assunto la "pillola del giorno dopo" da l'ultima mestruazione? Se sì, quale? <input type="checkbox"/> NorLevo® o generico <input type="checkbox"/> ellaOne®	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Argomenti su cui fornire consulenza

12. Ha già assunto la contraccezione d'emergenza in passato? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, come l'ha tollerata? _____	
13. Attuale metodo contraccettivo: <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> Pillola <input type="checkbox"/> NuvaRing® o cerotto Evra® <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> metodi naturali <input type="checkbox"/> Altro: _____	
14. Informata sui possibili metodi contraccettivi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
15. Informata sui rischi delle malattie trasmesse sessualmente (STI)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
16. Informata dell'utilità di controlli ginecologici periodici?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Compilazione a cura del(la) farmacista

17. Se necessario test di gravidanza, risultato: <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo	
18. Informata sulla contraccezione a cui ricorrere nei giorni successivi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
19. Informata sul da farsi in caso di vomito o assenza del ciclo mestruale?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
20. La cliente è in grado di intendere e di volere? (Verificare in base alla valutazione dello specialista, soprattutto se <16 anni, e documentare sul retro)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
21. Contraccettivo d'emergenza consegnato? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, quale? <input type="checkbox"/> NorLevo® o generico <input type="checkbox"/> ellaOne® Se sì, assunzione in loco? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se no, per quale ragione? _____	
22. La cliente è stata indirizzata da un medico o presso un centro di pianificazione familiare? Se sì, da chi? Motivo? _____	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
23. Consegna d'informazioni scritte (sulla contraccezione d'emergenza, STI, metodi contraccettivi...)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
24. Assistenza successiva / altre osservazioni (annotare sul retro):	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
<u>Firma del(la) farmacista</u>	
Data: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (gg.mm.aaaa)	Ora <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/>

9228



Cognome	
Nome	
Indirizzo	

Valutazione della capacità di discernimento:

Solo le pazienti in grado d'intendere e volere (discernimento) possono concludere il contratto terapeutico. Per le pazienti >16 anni, si presuppone la capacità di discernimento per quanto concerne gli interventi medici di entità non grave.

Per le pazienti <16 anni, la capacità di discernimento dev'essere determinata individualmente dallo specialista.

(pharmaJournal 2013 ; 151 (10) : 11-17)

Domande utili per valutare la capacità di discernimento:

<input type="checkbox"/> La paziente sa cosa vuole e sa esprimere la propria volontà? <input type="checkbox"/> La paziente a una maturità intellettuale e cognitiva relativa alla sua età? <input type="checkbox"/> La paziente ha compreso l'informazione relativa alla "diagnosi", alla terapia prevista e ai rischi connessi? <input type="checkbox"/> La paziente è in grado di valutare vantaggi e rischi della terapia e di considerare eventuali alternative? <input type="checkbox"/> La paziente è in grado di riconoscere le particolarità della sua situazione e di prendere una decisione conseguente?
--

Commenti / valutazione dello specialista: