

**MGA GAMIT NA TANONG SA PAG-SCREEN NG SARILI SA HORMONAL NA KONTRASEPTIBO NA PUPUNAN NG PASYENTE**

*Paalala sa pasyente: I-print nang buo at punan ang questionnaire na ito at dalhin sa iyong parmasya kung naghahanap ka ng hormonal na kontraseptibo na magagamit mo nang ikaw lang. Maaari mong tawagan muna ang parmasya upang masiguro na maibibigay nila ng serbisyong ito sa ngayon. Maaari mo ring makuha ang form na ito mula sa mga kasaling parmasya.*

Pangalan ng Pasyente: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

Sumusuring Parmaseutiko: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

1	Ano ang unang petsa ng iyong huling regla?	/ /	
2	Sinubukan mo na bang uminom ng mga tabletang pangkontrol sa panganganak, o nakagamit na ng pagkontrol sa panganganak na patse, Nagkaroon ka na ba ng masamang reaksyon sa paggamit ng hormonal na	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
	Kasalukuyan ka bang gumagamit ng mga pagpipigil sa pagbubuntis na tableta, o pagpipigil sa pagbubuntis na patse, singsing, o shot/iniksyon?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
3	Napagsabihan ka na ba ng isang medikal na propesyonal na huwag kumuha ng	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
4	Ikaw ba ay naninigarilyo?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
5	Sa palagay mo ba ay maaring buntis ka ngayon?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
6	Ikaw ba ay nanganak sa nakaraang 6 na linggo?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
7	Kasalukuyan ka bang nagpapadede ng sanggol na wala pang 1 buwang edad?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
8	Mayroon ka bang dyabetis?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
9	Nagkakaroon ka ba ng sobrang sakit sa ulo, o matinding sakit sa ulo o na pakiramdam mo ay masakit hanggang tiyan, nawawalan ka ng paningin, nahihirapan ka sa maliwanag na lugar, o mayroong pamamanhid?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
10	Mayroon ka bang mataas na presyon ng dugo, hypertension, o mataas na	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
11	Nagkaroon ka na ba ng atake sa puso o stroke, o napagsabihan na mayroon kang sakit sa puso?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
12	Nagkaroon ka na ba ng pamumuo ng dugo sa hita o sa iyong baga?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
13	Napagsabihan ka na ba ng isang medikal na propesyonal na mataas ang panganib na magkaroon ka ng pamumuo ng dugo sa iyong hita o sa iyong	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
14	Nagkaroon ka na ba ng operasyon sa pagpapapayat o pagpapaliit ng tiyan?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
15	Nagkaroon ka ba kamakailan-lamang ng malaking operasyon o may balak magpa-opera sa sumusunod na 4 na linggo?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
16	Mayroon ka ba o nagkaroon ka na ba ng kanser sa suso?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
17	Mayroon ka ba o nagkaroon ka na ba ng hepataytis, sakit sa atay, kanser sa atay, o sakit sa bato, o mayroon ka bang paninilaw ng balat (dilaw na balat o	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
18	Mayroon ka bang lupus, rayumatoid arthritis, o anumang sakit sa dugo?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
19	Umiinom ka bang gamot para sa pangangamkam (seizure), tuberculosis (TB), impeksyong fungal, o human immunodeficiency virus (HIV)?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
	Kung oo, ilarawan ang mga ito dito:		
20	May iba ka bang problemang medikal o palagian na iniinom na gamot?	Oo <input type="checkbox"/>	Hindi <input type="checkbox"/>
	Kung oo, ilarawan ang mga ito dito:		