

# Чек-лист перед назначением комбинированных оральных контрацептивов



		Да	Нет
1	Есть ли у вас ребенок на грудном вскармливании в возрасте до 6 месяцев?		
2	После родов прошло менее 3 нед и вы не кормите грудью?		
3	Курите ли вы? Да/Нет		
4	Как давно вы полностью отказались от курения? <1 года назад/1 года назад/Не курила		
5	Имеется ли у вас какое-либо из перечисленных заболеваний: цирроз, инфекционное/опухолевое заболевание печени?		
6	Наблюдали ли вы необычный или желтый оттенок белков глаз в период применения гормональных контрацептивов? Да/Нет/Не применяла гормональные контрацептивы		
7	Страдаете ли вы заболеванием желчевыводящих путей/принимаете ли лекарственные препараты в связи с заболеванием желчевыводящих путей?		
8	Диагностировано ли у вас хроническое воспалительное заболевание кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)?		
9	У вас повышено артериальное давление?		
10	Диагностировали ли у вас инсульт, тромбоз вен нижних конечностей или легких, инфаркт миокарда или другие серьезные заболевания сердечно-сосудистой системы?		
11	Диагностировали ли у вас тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей (кроме катетерного тромбофлебита)?		
12	Диагностировали ли у вас порок сердца?		
13	Входите ли вы в группу повышенного риска по сердечно-сосудистым заболеваниям или инсульту (сужение артерий сердца, курение, повышенное артериальное давление, диабет, дислипидемия и т.д.)?		
14	Имелись ли в вашей семье случаи инфаркта, инсульта, тромбозов, эмболии в возрасте до 45 лет (у родителей, братьев, сестер)?		
15	Наблюдались ли у вас сосудистые осложнения во время беременности (тяжелая преэклампсия, отслойка плаценты и пр.) или повторные самопроизвольные выкидыши по неустановленной причине?		
16	Диагностировали ли у вас наличие тромбофилии высокого риска (мутация фактора Лейден, протромбина, недостаточность протеина S, протеина C или антипротромбина III, антифосфолипидный синдром)?		
17	Диагноз «диабет» был вам установлен 20 лет и более назад или имеется диабетическое повреждение артерий, глаз, почек или нервной системы?		
18	Диагностировали ли у вас рак молочной железы?		
19	Ранее вам был установлен диагноз «мигрень» или «мигрень с аурой»?		
20	Случалось ли с вами так, что в поле зрения возникает яркое слепое пятно, после чего появляется сильная головная боль (мигренозная аура)?		
21	Вы испытывали сильную пульсирующую головную боль, иногда только с одной стороны, которая может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней, временами сопровождаясь тошнотой или рвотой (мигренозные головные боли)? Интенсивность боли может усиливаться от света, шума, при движении?		
22	За последние 3 мес ограничивала ли головная боль вашу обычную деятельность на день и дольше?		
23	Принимаете ли вы противосудорожные препараты?		
24	Принимаете ли вы рифампицин/рифабутин в качестве лечения туберкулеза или другого заболевания?		
25	Принимаете ли вы препараты для лечения ВИЧ-инфекции?		
26	Запланированы ли у вас в ближайшем будущем операции продолжительностью более 30 мин или те, после которых необходимо соблюдать постельный режим более 7 дней?		
27	Бывают ли у вас вагинальные кровотечения без установленного диагноза?		

Источник:

Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. М., 2023.