



HOJA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

Captación, valoración y seguimiento sobre Métodos anticonceptivos (Servicio 204)

Apellidos y nombre:

INFORMACIÓN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (CADA 2 AÑOS)		Fecha
Información y orientación métodos anticonceptivos		
Si no precisa información, causa:		
UTILIZACION MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (CADA 2 AÑOS)		Fecha
¿Utiliza anticonceptivos? Si/no:		
Método utilizado		
SI UTILIZA DIU (ANUALMENTE)		Fecha
Exudado vaginal:	1.	
	2.	
Comprobación hilo testigo	1.	
	2.	
SI UTILIZA ANTICONCEPTIVOS HORMONALES		Fecha
Previo a la anticoncepción	Tensión arterial:	
	Peso:	
Antecedentes personales:		(EN Hª CLINICA)
Antecedentes ginecológicos:		
Antecedentes obstétricos:		
Consumo alcohol:		Fecha
Consumo tabaco:		
Consumo habitual medicamentos:		
1ª ANALÍTICA (año previo o 3 meses posteriores a la instauración de tratamiento)		Fecha
Glucosa:	Transaminasas:	
Triglicéridos:	Colesterol:	
Fosfatasa alcalinas:	Bilirrubina:	
Anticonceptivo empleado: (El tratamiento de primera elección será con preparados de baja dosis: tricíclicos o microdosis)		
1ª Revisión (3-6 meses):		Fecha
Peso:	Tensión arterial:	
Tolerancia al método		



CONTROLES SI UTILIZA MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (AL MENOS CADA 2 AÑOS)

CONTROL MÉDICO	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Tensión arterial:			
Peso:			
Tolerancia al método:			
Consejo antitabaco:			
CONTROL ANALÍTICO	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Glucosa:			
Colesterol:			
Triglicéridos:			
Transaminasas:			
Bilirrubina:			
Fosfatasa alcalinas:			

OBSERVACIONES: