

# Abgabeprotokoll der oralen Notfallkontrazeption

Kann durch die Kundin ausgefüllt werden

1. Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tt.mm.jjjj)	<i>Bitte Name, Vorname und Adresse auf der Rückseite vermerken. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt.</i>
2. Warum benötigen Sie die "Pille danach"? <input type="checkbox"/> Pille vergessen Pille name: _____ Anzahl vergessene Tabl.: <input type="text"/> <input type="text"/> letzte Einnahme vor: <input type="text"/> <input type="text"/> Std. Nummer der vergessenen Tabl. (1-28): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Versagen des Kondoms <input type="checkbox"/> keine Verhütung <input type="checkbox"/> anderer Grund: _____	
3. Anzahl Stunden seit dem letzten ungeschützten Geschlechtsverkehr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Std.	
4. Wann begann Ihre letzte Menstruation? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tt.mm.jjjj) Weiss nicht <input type="checkbox"/>	
5. War die letzte Menstruation anders als üblich (leichter, kürzer,...)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Hatten Sie seit der letzten Menstruation noch ein anderes Mal ungeschützten Geschlechtsverkehr?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Hatten Sie in der Vergangenheit eine Eileiterschwangerschaft / Eileiterentzündung oder sind bei Ihnen andere medizinische Probleme bekannt? Welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Gibt es Medikamente, auf die Sie allergisch reagieren? Welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. Stillen Sie zur Zeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11. Haben Sie seit der letzten Menstruation die "Pille danach" schon einmal eingenommen? Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> NorLevo® oder Generikum <input type="checkbox"/> ellaOne®	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Beratungsthemen

12. Wurde die Notfallkontrazeption in der Vergangenheit schon eingenommen? Wenn ja, wie war die Verträglichkeit? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13. Aktuelle Verhütungsmethode: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Pille <input type="checkbox"/> NuvaRing® oder Evra®- Pflaster <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> Natürliche Methoden <input type="checkbox"/> Anderes: _____	
14. Informiert über Verhütungsmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15. Informiert über die Risiken sexuell übertragbarer Infektionen (STIs)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
16. Informiert über den Nutzen regelmässiger gynäkologischer Kontrollen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Zu erfassen durch die Apothekerin / den Apotheker

17. Wenn Schwangerschaftstest erforderlich, Resultat: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	
18. Informiert über die in den nächsten Tagen anzuwendende Verhütung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
19. Informiert über Vorgehen bei Erbrechen oder Ausbleiben der Periode?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
20. Ist die Kundin urteilsfähig? (Gemäss Einschätzung der Fachperson, insb. <16J., zu prüfen und auf der Rückseite zu dokumentieren)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
21. Notfallkontrazeption abgegeben? Wenn ja, Präparat: <input type="checkbox"/> NorLevo® oder Generikum <input type="checkbox"/> ellaOne® Wenn ja, Einnahme vor Ort? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn keine Abgabe, weshalb? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
22. Wurde die Kundin an einen Arzt oder an eine Familienplanungsstelle überwiesen? Wenn ja, an wen? Grund? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
23. Abgabe schriftlicher Informationen (zu Notfallkontrazeption, STIs, Verhütung,...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
24. Nachbetreuung / weitere Bemerkungen (auf der Rückseite vermerken): <u>Unterschrift Apotheker/-in</u>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tt.mm.jjjj)	Uhrzeit: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhr



<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Adresse</b>	

### **Beurteilung der Urteilsfähigkeit:**

Nur urteilsfähige Patientinnen können einen Behandlungsvertrag abschliessen.  
Die Urteilsfähigkeit wird bei Patientinnen >16 J. für nicht schwerwiegende medizinische Eingriffe vermutet.  
**Bei Patientinnen <16 J. muss sie durch die Fachperson individuell ermittelt werden.**

(vgl. dazu pharmaJournal 2013 ; 151 (10) : 11-17)

### **Hilfreiche Fragen zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit:**

<input type="checkbox"/> Weiss die Frau, was sie will, und kann sie ihren eigenen Willen äussern? <input type="checkbox"/> Ist die Frau intellektuell und kognitiv ihrem Lebensalter entsprechend entwickelt und gereift? <input type="checkbox"/> Hat sie die Information über die „Diagnose“, die vorgesehene Behandlung und die damit verbundenen Risiken verstanden? <input type="checkbox"/> Ist sie in der Lage, Vorteile und Risiken der Behandlung gegeneinander abzuwägen und allfällige Alternativen in Betracht zu ziehen? <input type="checkbox"/> Kann sie die Besonderheiten ihrer individuellen Situation erkennen und sie ihrer Entscheidung zugrunde legen?
--

### **Kommentar / Einschätzung der Fachperson:**