**שאלון אישי למשתתפת בסנדת שיטת המודעות לפוריות**

אודה לך אם תוכלי לענות על מספר שאלות לקראת הסדנה הקרובה.

המידע בשאלון מתייחס לבריאותך הכללית, מצב פוריותך ומצב המחזור שלך. מטרת השאלון הינה לסייע לי לקבל מידע מקיף לגביך, ובכך לאתר את הצרכים המדויקים לך.

כל מידע שמופיע בשאלון נשמר בסודיות מוחלטת ולא ייעשה במידע זה כל שימוש מלבד שימוש מקצועי למטרת הסדנה.

עליך לשמור את השאלון אצלך במחשב, לשנות את שם הקובץ לשמך המלא, ושלוח אלי חזרה לכתובת המייל: neta.shachar@gmail.com

תודה רבה, נטע.

שם מלא:

גיל:

מצב משפחתי: ילדים:

במידה ואינך נשואה, האם הנך בזוגיות קבועה כרגע?

עיסוק:

כתובת מלאה:

טלפון:

כתובת מייל:

**רקע כללי:**

1. היכן שמעת על שיטת המודעות לפוריות?
2. מהי מטרתך העיקרית בלימוד השיטה (מניעת הריון, כניסה להריון, מניעה בהנקה, מודעות כללית)?
3. האם את שומרת נידה?

**אפיוני המחזור:**

1. האם יש לך מחזור טבעי כרגע (ללא גלולות)?
2. האם יש לך כיום מחזור סדיר?
3. האם את לוקחת גלולת? במידה וכן, במשך כמה זמן?
4. האם נטלת גלולות בעבר? במידה וכן במשך כמה זמן, וכמה זמן את נקייה מגלולות?
5. האם המחזור היה סדיר לפני השימוש בגלולות?
6. כל כמה זמן את מקבלת וסת?
7. מה אורך הדימום שלך?
8. מה תאריך מחזור הוסת האחרון שלך?

**מניעת הריון:**

1. במידה והנך מעוניינת במניעת הריון, האם את משתמשת באמצעי מניעה כיום? אם כן, מאיזה סוג?
2. כמה זמן את משתמשת באמצעי מניעה זה?
3. מדוע את רוצה להפסיק להשתמש באמצעי מניעה זה?
4. האם השתמשת בעבר בשיטות מניעת הריון אחרות? במידה וכן, איזה ולכמה זמן?

**כניסה להריון:**

1. במידה והנך מעוניינת בהריון, כמה זמן את מנסה להרות?
2. עברת בדיקות ו/או טיפולים כלשהם למטרה זו? במידה וכן, אנא פרטי מה עברת עד כה ומה היו התוצאות.

**בריאות והיסטוריה רפואית:**

1. האם ישנן או היו לך בעבר בעיות בריאות? כולל בעיות הורמונאליות, אלרגיות וכו'. אנא פרטי.
2. האם את מעשנת או עישנת בעבר? במידה וכן, באיזו תדירות?
3. האם את משתמשת בתחתוניות יומיות?
4. האם הנך נוטלת תרופות? במידה וכן, איזה?
5. האם הנך נוטלת תוספי מזון או צמחי מרפא? במידה וכן, אנא פרטי.
6. האם הנך נעזרת ברפואה משלימה? במידה וכן, במה?
7. האם עברת הפלה בעבר? במידה וכן, האם טבעית או יזומה?
8. האם קורה שהנך מדממת במהלך החודש שלא בזמן הוסת?
9. האם הנך סובלת מכאבים לפני או במהלך הוסת?
10. האם הנך חווה סימנים כלשהם סביב הביוץ?
11. האם הנך חווה כאב בעת מגע מיני?
12. האם חווית כאב בעת מגע מיני בעבר?
13. האם הנך סובלת או סבלת בעבר מדלקות ו/או פטריות בנרתיק?
14. האם הנך צמחונית/ טבעונית או בעלת תזונה מיוחדת אחרת? אנא פרטי.
15. במידה ולא, האם בעבר הייתה לך תזונה מיוחדת? מתי ובמשך כמה זמן?
16. האם ידוע לך על חוסר בוויטמינים או מינרלים שקיימים בגופך?
17. האם בן זוגך תומך בהחלטה לעבור לשיטת המודעות לפוריות?

**מניקות ולאחר לידה:**

1. כמה זמן עבר מאז הלידה?
2. מהי תדירות ההנקה ביום ובלילה?
3. האם את משתמשת באמצעים נוספים מלבד הנקה? (תוספי מזון/ מוצץ/ שאיבה/ מים)?
4. האם התחדש מחזור הווסת? במידה וכן מתי, וכמה מחזורים חווית מאז הלידה?
5. האם הנך משתמשת באמצעי מניעה כלשהו? אם כן, מהו?
6. מהי מידת המוטיבציה שלך כעת למניעת הריון?

משהו נוסף שתרצי להוסיף?

**מצפה ונרגשת לראותך בסדנה,**

**נטע.**