*33690
1/1

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

ANTICONCEPCIÓ D'EMERGÈNCIA

Data: _____ /_____ /_____

Edat: _____ Núm. CIP: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Centre sanitari: _____

1a vegada: ☐ Més d'una vegada: ☐

Temps transcorregut última vegada _____ setmanes.