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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.