



АНКЕТА
(заполняется пациентом)



КГБУЗ «КМРД № 1»

Дата рождения:

ФИО: _____ / ____ / ____ г.

ЖАЛОБЫ

1. Вагинальное кровотечение:

нет

да, укажите дату и время начала кровотечения ____ / ____ / 20__ г. ____: ____

2. Наличие боли

нет

да, укажите дату и время начала боли ____ / ____ / 20__ г. ____: ____; укажите характер и локализацию боли: схваткообразные, тянущие; внизу живота, пояснице

3. Повышение температуры тела:

нет

да, укажите дату и время начала ____ / ____ / 20__ г. ____: ____; укажите максимальную температуру тела ____ °С; наличие озноба: да, нет

4. Рвота:

нет

да, укажите дату и время начала рвоты ____ / ____ / 20__ г. ____: ____; укажите частоту рвоты ____ раз в сутки

5. Потеря сознания: да, нет

СБОР АНАМНЕЗА

1. Есть ли у вас лист нетрудоспособности:

нет, укажите нужен ли вам лист нетрудоспособности: да, нет

да, укажите дату выдачи листа нетрудоспособности ____ / ____ / 20__ г.

2. Болеют ли сейчас члены вашей семьи респираторными заболеваниями: да, нет

3. Когда вам проводилась флюорография или рентген грудной клетки ____ / 20__ г.

4. Вакцинированы ли вы от гриппа: да, нет; клещевого энцефалита: да, нет

5. Вредные привычки: курение ____ сигарет в сутки, алкоголь, наркотики

6. Заболевания родственников (включая инфаркт, инсульт, онкологические заболевания):

мама _____, отец _____, бабушки _____, дедушки _____

7. Укажите заболевания, которые вы перенесли, начиная с детства: ветряная оспа,

корь, краснуха, паротит, дифтерия, скарлатина, гепатит А, туберкулёз,

ВИЧ, сифилис, гепатит В, гепатит С,

другое _____

8. Хронические заболевания: гастрит, панкреатит, миопия, бронхиальная астма,

ХОБЛ, гипертоническая болезнь, нарушение ритма сердца, порок сердца,

цистит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь, заболевание щитовидной железы

сахарный диабет, варикозная болезнь, эпилепсия, онкологическое заболевание,

другое _____

9. Состоите ли вы на учёте у врача по заболеванию:

нет

да, укажите врача и заболевание _____

10. Травмы:

нет

да, укажите какая: перелом, черепно-мозговая травма, авария

11. Оперативные вмешательства (укажите год и название операции)

12. Половая жизнь

Брак по счёту ____; Брак зарегистрирован: да, нет; Возраст мужа: ____ лет;

Заболевания мужа _____; Вредные привычки мужа _____

Начало половой жизни с ____ лет; Количество половых партнёров в течение жизни _____

Используете ли вы контрацепцию: нет, да, укажите какую _____

13. Менструальный цикл

Первый день последней менструации: ____ / ____ /20 ____ г.

Начало месячных с ____ лет; установились сразу: да, нет, через ____ лет

Цикл регулярный:

да, укажите длительность менструального цикла ____ дней

нет, укажите минимальный интервал между менструациями: ____ дней

укажите максимальный интервал между менструациями: ____ дней

Объём крови:	Длительность цикла:	Болезненность:
<input type="checkbox"/> скудные	<input type="checkbox"/> меньше 4 дней	<input type="checkbox"/> да
<input type="checkbox"/> умеренные	<input type="checkbox"/> от 4 до 7 дней	<input type="checkbox"/> нет
<input type="checkbox"/> обильные	<input type="checkbox"/> больше 7 дней	

14. Наличие предыдущей беременности:

нет

да, укажите все беременности, год, исход и осложнения

Год	Срок беременности	Исход беременности (осложнения)	Возможные исходы беременности
			1. Роды: - своевременные (от 37 до 42 недель беременности) - кесарево сечение (по каким показаниям)
			2. Медицинский аборт: - медикаментозный - вакуум-аспирация - выскабливание
			3. Самопроизвольный выкидыш: - медикаментозный - вакуум-аспирация - выскабливание
			4. Замершая беременность: - медикаментозный - вакуум-аспирация - выскабливание
			5. Внематочная беременность - удаление трубы - сохранение трубы

15. Настоящая беременность (заполняется при наличии подтверждённой беременности)

Желанная ли у вас беременность: да, нет

Состоите ли вы на учёте в женской консультации:

нет,

да, укажите женскую консультацию и срок постановки на учёт:

16. Гинекологические заболевания и операции (укажите год и вид заболевания или операции) _____

17. Проводилось ли вам переливание крови или её компонентов:

нет

да, укажите, когда и зачем _____

18. Есть ли у вас аллергические реакции:

нет

да, укажите на какие препараты и как проявляется _____

19. Какие медикаменты вы принимаете, их дозу и кратность применения в сутки:

Дата: ____ / ____ /20 ____ г.

Подпись: _____