Twój Doktor
Gabinety Medyczne

Анкета состояния здоровья пациента

Имя и фамилия пациент ...……

PESEL/НОМЕР ДОКУМЕНТА (напр.паспорта) ……..……

Дата рождения: ……...

Чувствуете себя здоровой? ДА ☐ НЕТ ☐

Принимаете сейчас какое-то лечение? ДА ☐ НЕТ ☐

Если да, укажите причину: ……..

Принимаете сейчас какие-то лекарства? ДА ☐ НЕТ ☐

Если да, укажите какие: ……...

Есть у Вас аллергии? ДА ☐ НЕТ ☐

Если да, укажите на что: ……..

Вы курите? ДА ☐ НЕТ ☐

Если да, укажите сколько в день и как долго: ……

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ АНКЕТА:

Первая менструация

Когда появилась/в каком возрасте ……

Спонтанно? ДА ☐ НЕТ ☐

Индуцированная препаратами ДА ☐ НЕТ ☐

Менструальный цикл

Длина цикла
(с 1 дн. кровотечения по 1 дн. следующего кровотечения) ……

Длина кровотечения (количество дней) ……..……

Ваши менструальные циклы регулярные? ДА ☐ НЕТ ☐

Месячное кровотечение:

Обильное ДА ☐ НЕТ ☐

Среднее ДА ☐ НЕТ ☐

Twój Doktor
Gabinety Medyczne

Скудное ДА ☐ НЕТ ☐

Сгустки ДА ☐ НЕТ ☐

Болезненные менструации ДА ☐ НЕТ ☐

Кровянистые выделения в менструальном цикле ДА ☐ НЕТ ☐

Выделения из влагалища ДА ☐ НЕТ ☐

Роды ДА ☐ НЕТ ☐

Дата: …….

Естественные роды ДА ☐ НЕТ ☐

Кесарево сечение ДА ☐ НЕТ ☐

Выкидыши ДА ☐ НЕТ ☐

Дата: ……

Неделя беременности: ……...

самопроизвольные ДА ☐ НЕТ ☐

Индуцированные ДА ☐ НЕТ ☐

Анализы

Делали ли Вы анализ на цитологию ДА ☐ НЕТ ☐

Дата последнего анализа: ……..

Делали ли Вы анализ на ВПЧ (вирус папилломы человека) ДА ☐ НЕТ ☐

Дата последнего анализа: ……..

Делали ли Вы УЗИ молочных желез ДА ☐ НЕТ ☐

Дата последнего анализа: ……..

Делали ли Вы маммографию ДА ☐ НЕТ ☐

Дата последнего анализа: ……..

Принимаете ли Вы оральные контрацептивы ДА ☐ НЕТ ☐

Какие и как долго: ……..

Вы употребляете внутриматочную гормональную систему
(Mirena, Kyleena, Jaydess) ДА ☐ НЕТ ☐

Какую и как долго: …….

Twój Doktor
Gabinety Medyczne

Вы употребляете гормональный имплант ДА ☐ НЕТ ☐

Какой и как долго: ……

Вы употребляете внутриматочную негормональную систему (IUD, IUB) ДА ☐ НЕТ ☐

Какую и как долго: ……

У Вас были гинекологические процедуры или операции ДА ☐ НЕТ ☐

Дата и название процедуры: ……

Анкета общего состояния здоровья

Болеете ли Вы ниже перечисленными болезнями: заболевания сердца
(инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, порок сердца, нарушения сердечного ритма, воспаление сердечной мышцы) ДА ☐ НЕТ ☐

другие заболевания кровеносной системы
(высокое кровяное давление, низкое кровяное давление, обмороки, одышка, потеря силы) ДА ☐ НЕТ ☐

заболевания кровеносных сосудов
(варикозное расширение вен, флебит, плохое кровообращение в конечностях, боли в ногах при ходьбе, склонность к носовым кровотечениям и к синякам, о теки, длительное заживление ран) ДА ☐ НЕТ ☐

заболевания крови Если да, укажите какие: …… ДА ☐ НЕТ ☐

заболевания легких
(эмфизема, воспаление лёгких, дыхательная недостаточность, туберкулез, астма, хронический бронхит) ДА ☐ НЕТ ☐

заболевания пищеварительной системы
(язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, кишечные заболевания, пищевая непереносимость) ДА ☐ НЕТ ☐

заболевания печени (желчекаменная болезнь, желтуха, цирроз печени) ДА ☐ НЕТ ☐

заболевания мочевой системы (нефрит, почечнокаменная болезнь, затрудненное мочеиспускание, другие заболевания почек) ДА ☐ НЕТ ☐

нарушение обмена веществ (диабет, подагра) ДА ☐ НЕТ ☐

болезни поджелудочной железы
(гипертиреоз, гипотиреоз, **индифферентный зоб**, увеличение щитовидной железы) ДА ☐ НЕТ ☐

Twój Doktor
Gabinety Medyczne

заболевания нервной системы (эпилепсия, парез, потеря сознания, паралич, нарушение чувствительности, миастения) ДА ☐ НЕТ ☐

заболевания костно-суставной системы (радикулит, дегенеративные изменения позвоночника, суставов, состояния после переломов) ДА ☐ НЕТ ☐

заболевания крови и системы коагуляции (гемофилия, анемия, склонность к кровоизлияниям, к носовым кровотечениям, длительным кровотечениям после удаления зуба) ДА ☐ НЕТ ☐

заболевания глаз (глаукома) ДА ☐ НЕТ ☐

аллергии (астма, другие аллергические заболевания, аллергические реакции на препараты) ДА ☐ НЕТ ☐

изменения настроения (депрессия, невроз) ДА ☐ НЕТ ☐

инфекционные заболевания вирусный гепатит - A, B, C, туберкулез, ДА ☐ НЕТ ☐

ревматологические заболевания ДА ☐ НЕТ ☐

остепороз ДА ☐ НЕТ ☐

инфекции - как часто?: …… ДА ☐ НЕТ ☐

переливание крови - как часто?: ……... ДА ☐ НЕТ ☐

химиотерапия или лучевая терапия
если ДА - завершенное лечение или во время лечения: ……... ДА ☐ НЕТ ☐

другие симптомы, заболевания
(напр. затруднение в глотанию, увеличение лимфатических узлов)
Если да, укажите какие: …… ДА ☐ НЕТ ☐

…….…… ……

Подпись лица, принимающего документ Дата и подпись пациента