

## ANKIETA DLA PACJENTKI MAŁOLETNIJ – WYWIAD GINEKOLOGICZNY

Imię i nazwisko pacjenta .....

PESEL: .....

**1. Powód zgłoszenia się do lekarza ginekologa  
(Krótki opis dolegliwości, objawów):**

.....  
.....

**2. Wywiad ginekologiczny**

**Przebieg dotychczasowego rozwoju somatyczno-płciowego:**

- Data pierwszej miesiączki: .....
- Data ostatniej miesiączki: .....

**Charakterystyka cyklu miesiączkowego:**

- Długość cyklu: ..... dni
- Czy miesiączki są:
  - bolesne
  - obfite
  - skąpe
  - normalne

**3. Inicjacja seksualna:**

- Tak
- Nie

W którym roku życia? .....

**4. Stosowana antykoncepcja:**

- Tak, jaka? .....
- Nie

**5. Przebyte zakażenia przenoszone drogą płciową:**

- Tak, jakie? .....
- Nie

**6. Schorzenia ogólnoustrojowe lub inne choroby aktualnie występujące:**

- Tak, jakie? .....
- Nie

**7. Przebyte choroby i zabiegi operacyjne:**

.....

**8. Stosowane leczenie:**

.....

**9. Przebieg ciąży i porodu:**

Poród naturalny

Cięcie cesarskie

**10. Przebieg okresu noworodkowego:**

Skala Apgar: .....

**11. Powikłania poporodowe:**

Tak, jakie? .....

Nie

**12. Jakie choroby występują w rodzinie?**

- Choroby układu sercowo-naczyniowego:

Tak, jakie? .....

Nie

- Otyłość:

Tak

Nie

- Inne choroby, w tym genetyczne:

Tak, jakie? .....

Nie

.....

Data i czytelny podpis pacjenta