

ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТКИ

Фамилия и имя пациентки:

ПЕСЕЛ: Дата рождения:

Чувствуете ли Вы себя в целом здоровой?

ДА НЕТ

Проходите ли Вы в настоящее время лечение?

ДА НЕТ

Если да, по какой причине:

.....

Принимаете ли Вы какие-либо лекарства?

ДА НЕТ

Если да, какие:

.....

Есть ли у Вас аллергия?

ДА НЕТ

Если да, на что:

.....

Курите ли Вы табак?

ДА НЕТ

Если да, сколько и с какого времени:

.....

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ АНКЕТА

Первая менструация:

Возраст:

Спонтанная:

ДА НЕТ

Вызвана медикаментозно:

ДА НЕТ

Менструальный цикл:

Продолжительность цикла (от 1 дня кровотечения до 1 дня следующего):

Продолжительность кровотечения (в днях):

Цикл регулярный?

ДА НЕТ

Характер кровотечения:

Обильное: ДА НЕТ

Умеренное: ДА НЕТ

Скудное: ДА НЕТ

Со сгустками: ДА НЕТ

Болезненные менструации

ДА НЕТ

Межменструальные кровянистые выделения

ДА НЕТ

Выделения из влагалища

ДА НЕТ

РОДЫ

ДА НЕТ Дата:

Естественные роды

ДА НЕТ

Кесарево сечение

ДА НЕТ

ВЫКИДЫШ

ДА НЕТ Дата: Неделя беременности:

Спонтанный

ДА НЕТ

Искусственный

ДА НЕТ

Обследования

Цитологическое исследование

ДА НЕТ Дата последнего:

HPV-тест

ДА НЕТ Дата последнего:

УЗИ молочных желез

ДА НЕТ Дата последнего:

Маммография

ДА НЕТ Дата последнего:

Принимаете ли Вы гормональные оральные контрацептивы?

ДА НЕТ

Заместительная гормональная терапия

ДА НЕТ

Гормональная система (Mirena, Kyleena, Jaydess и др.)

ДА НЕТ Какая и с какого времени:

Гормональный имплант

ДА НЕТ Какой и с какого времени:

Негормональная система (ВМС, IUD и др.)

ДА НЕТ Какая и с какого времени:

Гинекологические процедуры

ДА НЕТ Дата и тип процедуры:

ОБЩАЯ АНКЕТА

Страдаете ли Вы или страдали от следующих заболеваний:

Заболевания сердца

ДА НЕТ

Другие сердечно-сосудистые заболевания

ДА НЕТ

Заболевания сосудов

ДА НЕТ

Заболевания крови (если да, какие):

ДА НЕТ

Заболевания лёгких

ДА НЕТ

Заболевания пищеварительной системы

ДА НЕТ

Заболевания печени

ДА НЕТ

Заболевания мочевыделительной системы

ДА НЕТ

Нарушения обмена веществ

ДА НЕТ

Заболевания щитовидной железы

ДА НЕТ

Неврологические заболевания

ДА НЕТ

Заболевания опорно-двигательного аппарата

ДА НЕТ

Заболевания крови и свертываемости

ДА НЕТ

Заболевания глаз (например, глаукома)

ДА НЕТ

Аллергии

ДА НЕТ

Нарушения настроения (депрессия, невроз)

ДА НЕТ

Инфекционные заболевания (гепатит А, В, С, туберкулез)

ДА НЕТ

Ревматические заболевания

ДА НЕТ

Остеопороз

ДА НЕТ

Инфекции – как часто:

ДА НЕТ

Переливания крови – как часто:

ДА НЕТ

Химиотерапия или лучевая терапия – прошли или в процессе:

ДА НЕТ

Другие жалобы или заболевания

ДА НЕТ Если да, какие:

Подпись лица, собирающего информацию

.....

Дата и разборчивая подпись пациента

.....