

Анкета пациента

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Дата заполнения анкеты: день месяц год

(фамилия, имя, отчество)

(фамилия, имя, отчество партнера)

Адрес регистрации:

Город проживания:

Ваша дата рождения:

день месяц год

Дата рождения партнера:

день месяц год

Номер телефона для связи:

Номер телефона партнера для связи:

Адрес электронной почты:

Адрес электронной почты:

Место работы:

Должность:

Образование:

Откуда вы узнали о МЦРМ:

Интернет: Yandex Google

Рекомендации: врача друзей

ФИО направившего врача

Лечебное заведение.....

Спец. форумы: Medsovet Пробирка Littleone Babyplan На поправку Babyblog

Социальные сети: ВКонтакте Facebook Одноклассники

Лекция профессора Корсака В.С.

Вывеска МЦРМ

Интернет-справочник: Zoon DocDoc MedBooking Единый Медицинский Портал

Реклама в метро Реклама на транспорте

Способ напоминания о приеме: Звонок СМС Не напоминать



ПОДРОБНОСТИ ОТ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ

Имеете ли Вы хронические заболевания/ состоите на учете у специалиста?

нет да (какие?/у какого врача?)

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

Вес , кг Рост , см

Были ли у Вас колебания веса более 10 кг за последний год? _____

Придерживаетесь ли Вы диеты? Если да, то какой? _____

Группа крови _____

Занимаетесь ли Вы регулярно спортом?

нет да (укажите каким видом)

Сколько часов в неделю:

Употребляете ли Вы (или когда-либо употребляли в прошлом):

1. Алкоголь, если да, сколько мл в день?

2. Курение, если да, то сколько сигарет в день?

3. Наркотики, если да, то какие и как долго?

Имеются ли у Вас какие-либо профессиональные вредности?

нет да (какие?) _____

Принимали ли Вы какие-либо лекарственные препараты за последний год?

нет

да Какие? По какому поводу? _____

Болели ли Вы каким-либо онкологическим заболеванием?

нет

да Когда? Локализация онкологического процесса? _____

Болеете (болели) ли Вы?:

ВИЧ /СПИД

сифилис

гепатит В

гепатит С

туберкулез

другое _____



Наследственность

Есть ли у членов семьи (мамы/папы/бабушки/дедушки) сахарный диабет/ранние инсульты или инфаркты (до 50 лет)/онкологические заболевания?

нет да (пожалуйста, уточните, какая именно) _____

Есть ли в Вашей семье:

дети с врожденными аномалиями развития

наследуемые заболевания

онкологические заболевания

нет да (пожалуйста, уточните у кого и что именно)

Гинекологический анамнез

В каком возрасте у Вас начались менструации? _____

Первый день Вашей последней менструации? ____/____/____

Ваши менструации регулярные? нет да

Сколько дней проходит от начала одной менструации до начала другой? _____

Сколько дней длится менструация? _____

Ваша менструация болезненна?

нет да : насколько сильно? _____

Вы принимаете медикаменты от болезненной менструации?

нет да : что именно? _____

Бывают ли у Вас кровянистые выделения между менструациями?

нет да

Как Вы когда-либо предохранялись от беременности (указать период времени)?

никак

контрацептивы оральные

внутриматочная спираль

вагинальное кольцо НОВАРИНГ

презерватив

прерванный половой акт

воздержание

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сколько времени Вы живете половой жизнью без контрацепции (лет/месяцев), то есть планируете беременность? _____

Половой акт бывает для Вас болезненным?

нет да

Какие из нижеперечисленных исследований Вам проводилось? Когда и какой результат?

Исследование	Год	Результат
Биопсия эндометрия		
Проходимость маточных труб		
Лапароскопия		
Гистероскопия		
Другое		

Были ли у Вас когда-нибудь оперативные вмешательства, направленные на восстановление проходимости маточных труб?

нет да

Были ли у Вас когда-нибудь гинекологические операции? Какие?

нет да _____

Были ли у Вас когда-нибудь оперативные вмешательства на шейке матки или влагалище?

нет да _____

Беременности (окончившиеся родами)

Год	Срок родов	Пол ребенка	Рост и вес при рождении	Апгар	Самопроизвольные/Кесарево сечение	С настоящим партнером?	Осложнения в родах или послеродовом периоде

Беременности (окончившиеся абортom, выкидышем, неразвивающейся беременностью, внематочные)

Год	Исход	Срок прерывания	Осложнения	С настоящим партнером?



Вы получали лечение бесплодия ранее?

Да Когда? В какой клинике? Какие диагнозы были установлены?

Нет

Ваш партнер посещал уролога?

нет

да Какой диагноз ему установлен? Лечение? _____

Методы ВРТ (ЭКО, ЭКО+ИКСИ, искусственная инсеминация)

Год	Метод	Партнер/донор спермы	Результат

Дополнительная информация
