

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:

Пробирка Littleone Babyplan Babyblog Медсовет Medaboutme Пуз Карпуз

Социальные сети: ВКонтакте Facebook Одноклассники Instagram

Лекция профессора Корсака В.С. Вывеска МЦРМ

Интернет-справочник: Zoon DocDoc MedBooking Единый Медицинский Портал На поправку

МайДок Про Докторов OnDoc 2Gis Доктор Питер Medbooking Medsovet



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):

Алкоголь, если да, сколько мл в день?

Курение, если да, то сколько сигарет в день?

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?

нет да (когда? в какой клинике? какие диагнозы были установлены?)

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
