

**Фамилия, имя, отчество** \_\_\_\_\_

Разрешаю передавать сведения, касающиеся медицинской тайны, **доверенному лицу:**

Степень родства \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_

**Семейное положение:** брак зарегистрирован, не зарегистрирован/ не в браке (подчеркнуть)

**Место работы** (должность) \_\_\_\_\_ / домохозяйка

**Образование** (подчеркнуть): высшее \_\_\_\_\_ среднеспециальное \_\_\_\_\_ среднее \_\_\_\_\_

ФИО/телефон отца ребенка \_\_\_\_\_

**СОВМЕСТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ:** Отметить + - напротив группы заболеваний/ указать в комментариях возраст, когда появилось заболевание, степень тяжести, в какой медицинской организации наблюдались, какое лечение прошли при наличии информации.

состояния и заболевания	вы	отец ребенка
Психические, неврологические заболевания		
Заболевания сердца и сосудов		
Заболевания органов дыхания (в т.ч. бронхиальная астма)		
Заболевания желудочно-кишечного тракта		
Заболевания почек, мочевого пузыря		
Заболевания щитовидной железы, сахарный диабет		
Инфекционные заболевания	ВИЧ	
	Сифилис	
	Гепатит В, С, А	
	Туберкулез	
	Гонорея	
	Трихомониаз	
	Хламидиоз	
Вредные привычки	Вирус папилломы/ герпес	
	Курение	
	Алкоголь	
Производственные вредности	Наркотики	
	Другие заболевания	

Комментарии: \_\_\_\_\_

**Вы:**

Группа крови: O(I) A(II) B(III) AB (IV)/ Резус-фактор:(+) положит. (-) отрицат.

**Отец ребенка:**

Группа крови: O(I) A(II) B(III) AB (IV)/ Резус-фактор:(+) положит. (-) отрицат.

**ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕМ СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

Известная аллергия на лекарственные средства (на что и как проявляется) /не известна: \_\_\_\_\_

**Детские инфекции:**

ветряная оспа \_\_\_\_\_ краснуха \_\_\_\_\_ эпид. паротит. \_\_\_\_\_ скарлатина \_\_\_\_\_ корь \_\_\_\_\_  
(подчеркните нужное, если переболели)

**Травмы:**

черепно-мозговые \_\_\_\_\_ позвоночника \_\_\_\_\_ костей таза \_\_\_\_\_ прочее \_\_\_\_\_ отсутствуют \_\_\_\_\_  
(подчеркните нужное./Ваш возраст при получении травмы/степень тяжести/в какой медицинской организации наблюдались, лечение )

**Операции:** да/нет (укажите возраст на момент проведения операции/вид операции/медицинскую организацию) \_\_\_\_\_

**Переливание компонентов крови (Вам):** да /нет (подчеркните нужное)

Если ДА: как давно/в какой ситуации \_\_\_\_\_

**ВАШ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Менструации с \_\_\_\_\_ лет/ Регулярные: да нет/ Цикл \_\_\_\_\_ дней

Выделения: обильные. скудные умеренные/ Безболезненные: да нет

Половая жизнь с \_\_\_\_\_ лет/ Брак 1 2 3 \_ (указать)

Способ контрацепции: \_\_\_\_\_ (если принимали оральные контрацептивы, укажите наименование лекарства/ Ваш возраст при начале приема /длительность приема /причину приема оральных контр.)

Гинекологические заболевания в течении жизни: \_\_\_\_\_

**ЗАБОЛЕВАНИЯ У БЛИЗЖАЙШИХ РОДСТВЕННИКОВ** (до 50 лет):

(При наличии укажите возраст, в котором появилось заболевание у родственника, степень родства)

*Инсульт, инфаркт:* возраст \_\_\_\_\_ (до 50 лет) степень родства \_\_\_\_\_

*Тромбоэмболия легочной артерии/другие тромбозы:* возраст \_\_\_\_\_ (до 50 лет) родство \_\_\_\_\_

*Пороки развития:* \_возраст \_\_\_\_\_ (до 50 лет) степень родства \_\_\_\_\_

*Сахарный диабет:* возраст \_\_\_\_\_ (до 50 лет) степень родства \_\_\_\_\_

*Онкологические заболевания:* возраст \_\_\_\_\_ (до 50 лет) степень родства \_\_\_\_\_

**ТЕЧЕНИЕ ТЕКУЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Какая по счету беременность \_\_\_\_\_ Какие предстоят роды \_\_\_\_\_

Дата первого дня последней менструации: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Дата первого шевеления плода (при наличии информации): \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**Течение текущей беременности:**

**До беременности:** Рост \_\_\_\_\_ (см)/ Вес \_\_\_\_\_ (кг)/артериальное давление \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (мм.рт.ст.)

**В течении беременности:**

Госпитализации: \_\_\_\_\_

Простудные заболевания: \_\_\_\_\_

Обострение хронических заболеваний: \_\_\_\_\_

Принимаемые лекарства: \_\_\_\_\_

Изменения артериального давления: \_\_\_\_\_

Пребывание в тропических странах (в т.ч. Юго-Восточной Азии) \_\_\_\_\_

**Перечислите беременности по порядку:**

Очередность берем.	Берем. наступила(с амостоятельно / путем ЭКО / стимуляция овуляции)	Год берем.	Исход берем. (роды, аборт, выкидыш, внематочная)	Роды (естественные/ искусственным путем,своевременные или преждевременные)	Ребенок (пол, вес здоров ли в настоящее время)
<u>1</u>					
<u>2</u>					
<u>3</u>					
<u>4</u>					
<u>5</u>					

Дата \_\_\_\_\_

Подпись пациентки / расшифровка подписи \_\_\_\_\_

