

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 _____

