

Анкета

Паспортная часть

Фамилия Имя Отчество _____

Дата рождения _____ Возраст _____

Группа крови _____ Резус _____

Постоянное место жительства (прописка) _____

Адрес фактического места проживания (если не совпадает с пропиской) _____

Телефон _____

Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован, одинокая
(подчеркнуть)

ФИО и телефон мужа _____

Постоянное место жительства мужа (прописка) _____

Адрес фактического места проживания мужа (если не совпадает с пропиской) _____

Место работы, профессия, должность _____

Образование _____

Наименование консультации (центра) _____

С какого срока на учете _____

Первый день последней менструации _____

Дата первого шевеления плода _____

Подпись пациентки _____ / _____ /

(расшифровка подписи)

Анамнестическая часть

Заболевания у ближайших родственников		У кого	Инфекции в прошлом у Вас (обведите нужное)	
Инсульт	Да / нет		хламидиоз	Да / нет
Инфаркт	Да / нет		трихомониаз	Да / нет
Артериальная гипертензия	Да / нет		гонорея	Да / нет
Пороки развития	Да / нет		сифилис	Да / нет
Сахарный диабет	Да / нет		ВИЧ	Да / нет
Онкологические заболевания	Да / нет		Гепатит В, С, А	Да / нет
			Туберкулез	Да / нет

Аллергические реакции на лекарства (на что и как проявляются) _____

Вредные привычки (подчеркните нужное) Отсутствуют Курение Алкоголь Наркотики

Психотропные средства

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

Детские инфекции: (подчеркните нужное) ветряная оспа, краснуха, эпид. паротит, скарлатина, корь

Хронические заболевания:

Психические, неврологические заболевания

Гинекологические заболевания:

Операции

Травмы: черепно-мозговые,

позвоночника: _____

Переливания крови в прошлом Да / нет . Если да, то когда и по какому поводу

Половая жизнь с _____ лет. Брак 1,2,3... Здоровье мужа – здоров, _____ лет. Вредн. привычки

Менструации с _____ лет. Особенности: регулярные да/нет цикл - _____ дней , умеренные, безболезненные

Первый день последней менструации _____

Беременность (по счету) -

Перечислите беременности по порядку: год, исход беременности (роды, аборт, выкидыш, внематочная), были ли осложнения; если роды, то своевременные или преждевременные, кто и с каким весом родился, здоров ли ребенок в настоящий момент.

Данная беременность (подчеркните нужное) наступила самостоятельно / путем ЭКО / стимуляция овуляции

Течение данной беременности

Госпитализации во время данной беременности: _____

Простудные заболевания во время данной беременности: _____

Обострение хронических заболеваний во время данной беременности: _____

Лекарственные препараты, принимаемые во время данной беременности: _____

Повышение артериального давления во время/вне беременности _____

В настоящее время принимаю препараты _____

Пребывание во время беременности в тропических странах и Юго-Восточной Азии Да / нет . Если да, то в какой _____

Рост - Вес до беременности _____ кг Сегодня _____ кг Общая прибавка веса _____ кг

Подпись пациентки _____ / _____ /

(расшифровка подписи)