

АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТА
(вкладыш в медицинскую карту)



Дата _____
 ФИО (полностью) _____
 Дата рождения _____

Уважаемый пациент! Общие заболевания любого рода могут оказать влияние на лечение, поэтому, пожалуйста, заполните анкету тщательно! Она будет включена в Вашу медицинскую карту. Эти данные не подлежат разглашению и служат исключительно для подбора лечения с учетом общего состояния.

Есть ли у Вас сейчас или были ли ранее следующие заболевания:	Нет	Есть	Были ранее, укажите дату
Артериальная гипертензия (повышенное артериальное давление)			
Инфаркт миокарда			
Ишемическая болезнь сердца			
Инсульт			
Сахарный диабет 1 или 2 типа			
Заболевания крови: анемия, нарушение свертываемости крови, тромбоцитопения?			
Заболевания печени: цирроз, инфекционное/опухолевое/холестатическое заболевание печени/ кисты и другие образования печени			
Ревматоидный артрит, системная красная волчанка, болезнь Бехтерева, подагрический артрит			
Заболевания почек, образования почек			
Обмороки			
Астма			
Варикозная болезнь сосудов			
Заболевания щитовидной железы			
Кожные заболевания (атопический дерматит, псориаз и т.п.)			
Хронические лор - заболевания			
Онкология			
Ранее Вам был установлен диагноз "мигрень" или "мигрень с аурой"?			
Случалось ли с Вами так, что в поле зрения возникает яркое слепое пятно, после чего появляется сильная головная боль (мигренозная аура)?			
Эпилепсия			
Психические заболевания			
ВИЧ, Сифилис, Гепатит В, Гепатит В (если да, подчеркните)			
Туберкулез			
Имелись ли в Вашей семье случаи инфаркта, инсульта, тромбоэмболических осложнений в возрасте до 45 лет (у родителей, братьев, сестер)?			
Вредные привычки (курение сигарет, электронные никотинсодержащие устройства, алкоголь и др.)			
Аллергия (при наличии укажите на что)			
Диагностировали ли у Вас наличие тромбофилии высокого риска (мутация фактора Лейден, протромбина, недостаточность протеина S, протеина C или антитромбина III, антифосфолипидный синдром)?			
Дата первого дня последней менструации:			
Если у вас менопауза, укажите возраст начала менопаузы:			
Когда были последние роды:			

Наблюдались ли у Вас сосудистые осложнения во время беременности (тяжелая преэклампсия, отслойка плаценты и пр.) или повторные самопроизвольные выкидыши по неустановленной причине?	
Какой вид контрацепции используете на данный момент: прерванный половой акт, презерватив, контрацептивные таблетки, внутриматочная система (спираль), имплант – импланон. Если планируете беременность – пропустите этот вопрос	
Какие лекарственные препараты и БАДы принимаете ежедневно (указать):	
Когда последний раз проходили обследование у гинеколога (мазок на онкоцитологию шейки матки – дата или год)	
Проходили ли вы когда-либо тестирование на вирусы папилломы человека (ВПЧ-тест), если да, то указать дату	

Достоверность указанных данных подтверждаю:

Подпись (расшифровка подписи)