

АНКЕТА ПОСТУПИВШЕГО ПАЦИЕНТА
ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ И ЗАПОЛНИТЕ ВСЕ ПУНКТЫ АНКЕТЫ!

ФИО (полностью) _____

Дата рождения _____ Возраст _____ Телефон _____

Постоянное место жительства (прописка) _____

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

Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован, одинокая

Постоянное место жительства мужа (прописка) _____

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

Ваше место работы, профессия, должность _____

Образование: неполное среднее, среднее, среднее специальное, не полное высшее, высшее

Наименование женской консультации (центра), которую (ый) посещали _____

С какого срока состоите на учёте в Ж/К _____

Первый день последней менструации _____ Дата первого шевеления плода _____

Инвалидность _____

Контактный телефон родственников _____

Статус пациента до госпитализации (нужное подчеркнуть) - себя обслуживал полностью, передвигался с поддержкой, полностью себя не обслуживал

Эпидемиологический анамнез собран со слов пациента, сотрудника ССиНМП, родственника или иного лица

Указать степень родства, должность, место работы, контактный телефон

_____ (тел. _____)

1. Выезжали ли Вы из Москвы и Московской области за последние 6 месяцев

а) Нет

б) Если Да – Страна _____, какое время назад _____

2. Контактнировали ли Вы в сроки до 6 месяцев с гражданами, бывшими за пределами России и иностранцами?

а) Нет

б) Если Да - уточните, когда и из какой страны был гражданин _____

3. Контактнировали ли Вы в сроки 2-3 недель до 6 месяцев с людьми, у которых имелось или предполагалось заразное (инфекционное) заболевание - (заболевания, с повышением температуры, сыпью, жидким стулом, симптомами ОРВИ, туберкулезом)

а) Нет

б) Если Да - когда, какие симптомы имелись у болеющего человека и возможный диагноз _____

4. Было ли у Вас за последние 21 день повышение температуры, насморк, кашель, слезотечение?

а) Нет

б) Если Да – Когда _____

Эпидемиологический анамнез собрать невозможно по причине:

| 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 А, В, С | да/нет |
| | | | Туберкулёз | да/нет |

Аллергические реакции: (на что и как проявляются) _____

Вредные привычки: отсутствуют, курение, алкоголь, наркотики, психотропные средства

Группа крови O(I), A(II), B(III), AB(IV). Резус-фактор (+) полож, (-) отриц.

Детские инфекции: ветряная оспа, краснуха, эпид.паротит, скарлатина, корь _____

Хронические заболевания _____

Психические, неврологические заболевания _____

Гинекологические заболевания _____

Операции _____

Травмы: черепно-мозговые, позвоночника _____

Переливание 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. Вредные привычки: Да /Нет

Менструация с _____ лет. Особенности менструации:

регулярные да / нет, цикл _____ (дней), умеренные, обильные, болезненные, безболезненные.

Первый день последней менструации « _____ » _____ 20 _____ г.

Беременность (по счёту) _____ Перечислите беременности по порядку: год, исход беременности (роды, аборт, выкидыш, внематочная). Кто и с каким весом родился. Здоров ли ребёнок в настоящий момент:

Были ли осложнения; если роды, то своевременные или преждевременные

Данная беременность наступила: самостоятельно, путём ЭКО, стимуляция овуляции.

Течение данной беременности:

Госпитализация во время данной беременности _____

Обострение хронических заболеваний во время данной беременности _____

Лекарственные препараты, принимаемые во время данной беременности _____

Повышение артериального давления: Да / Нет _____

Пребывание во время беременности в тропических странах и Юго-Восточной Азии: Да / Нет

(Если ДА, то в какой _____)

Рост _____ Вес до беременности _____ Вес сегодня _____ Общая прибавка веса _____ кг.

Подпись пациентки _____ Дата заполнения « _____ » _____ 20 _____ г.