

# 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 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.      Контактировали 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.      Контактировали 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: языковой барьер, другие причины \_\_\_\_\_

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 мужа:** 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** « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022г.