

ЛТКН	
Отметка:	Форма

Будем признательны вам, если вы заполните данную анкету до первого посещения гинеколога или акушерки.

Имя: _____

Адрес: _____

Год рождения: _____

Телефон: _____

_ Личный код: _____

—
адрес э-
почты: _____

Национальность: _____

Место работы: _____

Образование: начальное основное среднее
 среднее специальное прикладное высшее
университет

Должность: _____

Семейное положение:

замужем: Да Нет

Род занятий: работающая безработная
военнослужащая срочной службы
заклученная студентка пенсионерка
нетрудоспособная домохозяйка

Год выхода замуж: _____

Имя супруга/партнера: _____

в свободном браке: Да Нет

Год начала совместной жизни: _____

незамужняя Другое

Его контактный телефон: _____

Ваш вес (до беременности): _____

Дата проведения теста: _____

Ваш рост: _____

Беременность запланированная: Да Нет

Последняя менструация: _____

Желаемой беременности ждали _____ лет.

Продолжительность менструации: _____

Медицинская помощь при беременности: Да
Нет

Продолжительность цикла: _____

Если проводились ЭКО или ИКСИ, то дата ЭТ: _____

Положительный тест на беременность: Да
Нет

Укажите, пожалуйста, здесь **предшествующие беременности и роды**, какого числа, в каком месяце и году родился ребенок? Пол, вес при рождении и на какой неделе беременности произошли роды? Наблюдались ли какие-либо осложнения или риски во время беременности или родов? Укажите также аборт и случаи прерывания беременности.

Предыдущий опыт грудного вскармливания: _____

Принимали ли вы фолиевую кислоту до беременности? Да Нет



LTKH	
Отметка:	Форма

Принимали ли вы лекарства, будучи беременной? Да Нет Если да, то какие (название, количество):

Как долго:

Принимаете ли вы сейчас какие-либо лекарства/витамины? Какие?

Курение: Да Нет

Бросили курить в начале беременности: Да Нет

Сколько сигарет вы выкуривали в день до беременности: _____ Сколько сигарет выкуриваете сейчас: _____

Нюхательный табак: Да Нет

Наркотики: Да Нет

Если да, то когда и какие? _____

Заболевания членов семьи?

Страдает или страдал ли кто-либо из ваших ближайших родственников (мать, отец, сестры-братья) какими-нибудь из следующих заболеваний?	ДА	НЕТ	КТО?
Повышенное кровяное давление			
Тромбоз			
Гемофилия			
Заболевания щитовидной железы			
Диабет			

Ваши заболевания?

ДА НЕТ

Эндокринные заболевания, напр., диабет, заболевания щитовидной железы		
Заболевания дыхательных путей		
Заболевания костно-мышечной системы, напр., ревматоидный артрит, волчанка и т.д.		
Гинекологические заболевания и заболевания, передающиеся половым путем		
Инфекционные заболевания: корь, краснуха, эпидемический паротит (свинка), ветряная оспа, герпес и т.д.		
Заболевания почек и мочевыводящих путей, напр., нефрит, цистит и т.д.		
Психические заболевания и неврологические расстройства, напр., мигрень, депрессия, тревожные расстройства, эпилепсия и т.д.		
Болезни желудочно-кишечного тракта, напр., желтуха, язвы, кишечные заболевания и т.д.		
Болезни сердечно-сосудистой системы, напр., аритмия, повышенное кровяное давление, тромбоз, гемофилия		
Хирургические операции		
Аллергия на лекарства/пищевая непереносимость		



ЛТКН	
Отметка:	Форма

Глазные болезни, в т.ч. очки

Есть ли у вас особые привычки, связанные с питанием? Да Нет Если да, то какие?

Были ли у вас близнецы среди ближайшей родни? Да Нет

Делали ли вы во время нынешней беременности рентген или проходили ли вакцинацию? Да Нет

Опишите _____

Делали ли вам когда-либо переливание крови? Да Нет Когда?

Ходили ли вы в течение последнего года на прием к социальному работнику или работнику службы по защите детей? Да Нет

Ездили ли вы за границу непосредственно перед беременностью? Да Нет

В начале беременности? Да Нет В какую страну?

Когда вам делали последний ПАП-анализ?

Как вы оцениваете свое состояние здоровья в течение трех последних месяцев перед беременностью?
очень хорошее хорошее плохое очень плохое затрудняюсь ответить

Спасибо! Добро пожаловать в наш Центр беременности!