|  |
| --- |
|    |
|    |    |    |    |
| **Анамнестическая анкета для женщин 18-49 лет**  |
|    |
| **Паспортная часть**  |
| Ф.И.О. :  |
| Дата рождения (число, месяц, год):  |
| Возраст (полных лет)          |
| Дата заполнения анкеты (число, месяц, год):  |
| **№**  | **Вопрос**  | **Ответ**  |
| **Менструальная функция (вопросы 1-12):**  |
| 1  | В каком возрасте у Вас начались менструации (полных лет)? Если не начались, поставьте «-»  |       лет |
| 2  | Менструации проходят через примерно равные промежутки времени?  | да | нет |
| 3  | Какая продолжительность (была продолжительность) менструации - от первого дня одной до первого дня следующей?  |       дней |
| 4  | Сколько дней в среднем продолжается (продолжалась) менструация?  |       дней |
| 5  | Бывают (бывали) ли у Вас задержки менструации более 2 недель?  | да | нет |
| 6  | У Вас обильные менструации (использование максимально впитывающих прокладок/тампонов (♦♦♦♦♦ или больше) более 1 дня)? | да | нет |
| 7  | У Вас скудные менструации (использование только ежедневных прокладок во время менструации)?  | да | нет |
| 8  | Менструации проходят болезненно (используете ли Вы обезболивающие препараты в дни менструации)?  | да | нет |
| 9  | Бывают у Вас боли внизу живота или пояснице вне менструации?  | да | нет |
| 10  | Бывают у Вас межменструальные кровяные выделения?  | да | нет |
|    | если «да», сколько дней (укажите цифрой количество)  |           |
| 11  | Какой у Вас сегодня день менструального цикла (при наличии)?  |           |
| 12  | Если у Вас закончились менструации, то в каком возрасте (полных лет)? Если не закончились, поставьте «-»  |       лет |
| **Вопросы, связанные с половой жизнью (вопросы 13-27):**  |
| 13  | В каком возрасте Вы начали половую жизнь (полных лет)?  |           |
| 14  | Используете ли Вы презерватив при половых контактах?  | да | нет |
| 15  | Используете ли Вы гормональную контрацепцию (например, противозачаточные таблетки)?  | да | нет |
| 16  | Предохраняетесь ли Вы с помощью внутриматочной спирали?  | да | нет |
| 17  | Бывают у Вас боли при половых контактах?  | да | нет |
| 18  | Бывают у Вас кровяные выделения из половых путей при половой жизни?  | да | нет |
| 19  | Страдаете ли Вы бесплодием (беременность не наступает при регулярной половой жизни без предохранения более года)?  | да | нет |
| 20  | Были ли у Вас беременности?  | да | нет |
|    |          если «да», сколько (укажите цифрой количество)?  |           |
| 21  | Были ли у Вас роды?  | да | нет |
|    |          если «да», сколько (укажите цифрой количество)?  |           |
| 22  | Если у Вас были роды, закончились ли они кесаревым сечением?  | да | нет |
|    |          если у вас не было родов, не отвечайте на этот вопрос  |    |
| 23  | Если у Вас были роды, закончились ли они преждевременными родами?  | да | нет |
|    |          если у вас не было родов, не отвечайте на этот вопрос  |    |
| 24  | Были ли у Вас медицинские прерывания беременности (аборты)?  | да | нет |
|    |          если «да», сколько (укажите цифрой количество)?  |           |
| 25  | Были ли у Вас внематочные беременности?  | да | нет |
|    |          если «да», сколько (укажите цифрой количество)?  |           |
| 26  | Были ли у Вас самопроизвольные прерывания беременности (выкидыши)?  | да | нет |
|    |          если «да», сколько (укажите цифрой количество)?  |           |
| 27  | Были ли у Вас неразвивающиеся (замершие) беременности?  | да | нет |
|    |          если «да», сколько (укажите цифрой количество)?  |           |
| **Имеются ли у Вас гинекологические заболевания (вопросы 28-35):**  |
| 28  | заболевания шейки матки  | да | нет |
| 29  | воспаление матки, придатков  | да | нет |
| 30  | инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)  | да | нет |
| 31  | кисты или опухоли яичников  | да | нет |
| 32  | миома матки  | да | нет |
| 33  | эндометриоз  | да | нет |
| 34  | Проходили ли Вы когда-либо стационарное лечение по поводу гинекологических заболеваний?  | да | нет |
| 35  | Оперировались ли Вы по поводу гинекологических заболеваний?  | да | нет |
| **Имеются ли у Вас перенесенные заболевания других органов (вопросы 36-47):**  |
| 36  | заболевания молочных желёз  | да | нет |
| 37  | заболевания щитовидной железы  | да | нет |
| 38  | заболевания крови, снижение гемоглобина  | да | нет |
| 39  | аутоиммунные или ревматические заболевания  | да | нет |
| 40  | аллергические заболевания  | да | нет |
| 41  | инфекционные заболевания (вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, туберкулёз)  | да | нет |
| 42  | наследственные (генные, хромосомные) заболевания  | да | нет |
| 43  | онкологические заболевания  | да | нет |
| 44  | Имеются ли у Вас указанные выше заболевания в настоящее время?  | да | нет |
| 45  | Получали ли Вы ранее химио- или лучевую терапию по поводу онкологического заболевания?  | да | нет |
| 46  | Были ли у Вас операции (кроме гинекологических)?  | да | нет |
| 47  | Были ли у Вас переливания крови?  | да | нет |
| **Вакцинация (вопросы 48-51):**  |
| 48  | Вакцинированы ли Вы от краснухи?  | да | нет |
| 49  | Вакцинированы ли Вы от ВПЧ?  | да | нет |
| 50  | Вакцинированы ли Вы в текущем году от гриппа?  | да | нет |
| 51  | Вакцинированы ли Вы в текущем году от COVID-19?  | да | нет |
| **Жалобы (вопросы 52-58). Жалуетесь ли Вы на:**  |
| 52  | учащенное или болезненное мочеиспускание?  | да | нет |
| 53  | подтекание мочи при кашле, чихании, смехе, неудержание позыва на мочеиспускание?  | да | нет |
| 54  | высыпания или выделения из половых путей (бели), вызывающие дискомфорт (жжение, зуд, неприятный запах)?  | да | нет |
| 55  | уплотнение Тили деформация молочных желез, выделения из сосков?  | да | нет |
| 56  | избыточный рост волос на теле или лице и/или угревые высыпания на коже лица или других частей тела и/или полосы растяжения (СТРИИ, растяжки) на коже?  | да | нет |
| 57  | приливы жара, потливость, ознобы?  | да | нет |
| 58  | сухость во влагалище, зуд или диспареунию (болезненность при половом акте)?  | да | нет |
| **Репродуктивные установки (вопросы 59-61):**  |
| 59  | Сколько у Вас детей?  |           |
| 60  | Если у Вас есть дети, укажите возраст младшего ребенка. Если ребенку менее года, то укажите 0.  |       лет |
| 61  | Сколько детей Вы бы хотели иметь (с учетом имеющихся), учитывая Ваши текущие жизненные обстоятельства?  |           |
|    |
|    | подпись  |    |    |