ОПРОСНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ КИРМ

ФИО

Дата рождения

Адрес регистрации

Телефон

Место работы

Должность

Группа крови 0 (I) A(II) B(III) AB(IV) Rh положительный отрицательный

1. Сведения о перенесенных заболеваниях:

* детские инфекции (ветряная оспа, корь, краснуха, паротит)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* частые простудные заболевания да / нет / более 2 раз в год
* ИППП (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, гонорея, трихомониаз, сифилис) - \_\_\_\_\_\_\_\_ год
* вирусные гепатиты нет А В С \_\_\_\_\_\_\_\_ год
* ВИЧ-инфекция нет / дата установления \_\_\_\_\_\_\_\_ год, стадия
* травмы головы нет \_\_\_\_\_\_\_ год
* общие хронические заболевания (установленные диагнозы, дата/возраст установления или лечения, частота обострений):
  + - сердца
    - легких
    - печени
    - почек
    - желудка и кишечника

2. Сведения и тяжелых и наследственных заболеваниях у ***кровных*** ***родственников*** (у кого и возраст заболевания/первого проявления):

* гипертоническая болезнь
* инфаркты
* инсульты
* бронхиальная астма
* язва желудка
* онкология
* ожирение
* сахарный диабет
* тромбозы
* психические расстройства

3. Наблюдение у специалистов (диспансерный учет) нет / терапевт / невролог / инфекционист

4. Медикаментозное лечение (принимаемые препараты в настоящее время - постоянно или курсом)

5. Аллергические реакции на лекарственные препараты не было (крапивница, отек, зуд, удушье, нарушение сознания, анафилактический шок) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Другие виды аллергии (продукты питания, бытовую химию, косметические средства, пыль, цветение и т.п.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Перенесенные хирургические операции (дата, наименование, место проведения):

\_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ г\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ г\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ г\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ г\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ г\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Переливания крови не было / было в \_\_\_\_\_\_ году

осложнения после переливания крови не было / какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Профессиональные вредные условия труда: нет / компьютер / пыль / шум / высокая температура окружающей среды / химические или дезинфицирующие вещества / контакт с больными людьми

9. Вредные привычки: курение нет / да / стаж курения \_\_\_\_ лет, количество сигарет в день \_\_\_\_\_\_; Алкоголь нет / редко / раз в месяц / раз в неделю / ежедневно; Наркотические средства нет / внутривенные / стаж употребления \_\_\_\_ лет.

10. Посещение стоматолога в последнии 6 месяцев нет / когда (месяц/год)

Внутривенное введение препаратов в течение последних 6 месяцев нет / когда (месяц/год)

11. Пребывание на больничном листе в течение 1 года до настоящего времени нет / когда

сколько дней \_\_\_\_\_\_ повод предоставления нетрудоспособности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Менструальная функция

* первая менструация в \_\_\_\_ лет
* установление цикла в течение первых 6 месяцев / более 6 месяцев / не установились до настоящего времени / другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* продолжительность цикла в настоящее время (от первого дня одной до первого дня следующей менструации) \_\_\_\_\_\_ дней
* продолжительность менструации в период последних 1-2 лет составляет \_\_\_ дней
* объем менструальной кровопотери умеренно / обильно / скудно
* болезненность во время менструации нет / 1-й день / 1-2-й дни / 2-3-й дни / весь период
* межменструальные кровянистые выделения нет / есть

13. Репродуктивная функция:

возраст начала половой жизни \_\_\_\_ лет

наличие постоянного полового партнера нет/есть; брака регистрирован/не регистрирован, по счету\_\_\_\_\_\_\_, с \_\_\_\_\_\_\_ года

применение контрацепции нет / гормональные / презерватив / спермициды / ВМС / другой метод \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

гинекологические заболевания в прошлом:

* эрозия шейки матки нет / \_\_\_\_\_\_ год / электролечение / криодеструкция / лазер \_\_\_\_\_ год
* воспаление придатков и матки (аднексит, эндометрит) не было / \_\_\_\_\_\_\_ год
* кисты яичников не было / \_\_\_\_\_\_\_ год
* Бесплодие 1 / 2 с \_\_\_\_\_ года, фактор: трубный, мужской, отсутствие овуляции, неуточненное
* Другие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Беременности (год и чем завершилась):

1-я \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2-я \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3-я \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4-я \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5-я \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_