

ЛТКН	
Отметка:	Форма

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

Имя: \_\_\_\_\_

Год рождения: \_\_\_\_\_

\_ Личный код: \_\_\_\_\_

Национальность: \_\_\_\_\_

Образование: начальное  основное  среднее   
 среднее специальное  прикладное высшее   
университет

Семейное положение:

замужем: Да  Нет

Год выхода замуж: \_\_\_\_\_

в свободном браке: Да  Нет

Год начала совместной жизни: \_\_\_\_\_

незамужняя  Другое

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

—  
адрес э-  
почты: \_\_\_\_\_

Место работы: \_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_

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

Имя супруга/партнера: \_\_\_\_\_

Его контактный телефон: \_\_\_\_\_

Ваш вес (до беременности): \_\_\_\_\_

Ваш рост: \_\_\_\_\_

Последняя менструация: \_\_\_\_\_

Продолжительность менструации: \_\_\_\_\_

Продолжительность цикла: \_\_\_\_\_

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!