****

**МЕДИЦИНСКИЙ ОПРОСНИК**

**Код пациента** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Информация должна обновляться, по крайней мере, ежегодно*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Имя:** | **Дата рождения** | **Возраст:** | **Дата:** |
|  |  |  |  |
| **Основная жалоба/Цель визита** |
|  |
| **Анамнез жизни** |
| **Заболевание** | **Год** | **Лечащий врач** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Травмы** | **Год** | **Лечащий врач** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Операции** | **Год** | **Лечащий врач** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Аллергия** | **Наименование** | **Тип реакции** |
| **На медикаменты** |  |  |
|  |  |  |
| **На пищу и другое** |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Принимаемые медикаменты (рецептурные и безрецептурные, витамины, травы)** |
| **Наименование** | **Дозировка/Как принимается** | **Наименование** | **Дозировка/Как принимается** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Семейный анамнез** |
|  | **Пол** | **Возраст** | **Живы ли** | **Какие есть заболевания** |
| **Мать** | Ж |  | Да | Нет |  |
| **Отец** | M |  | Да | Нет |  |
| **Братья/Сестры** | M | Ж |  | Да | Нет |  |
|  | M | Ж |  | Да | Нет |  |
|  | M | Ж |  | Да | Нет |  |
| **Дети** | M | Ж |  | Да | Нет |  |
|  | M | Ж |  | Да | Нет |  |
|  | M | Ж |  | Да | Нет |  |
| **Другие** | M | Ж |  | Да | Нет |  |
| **Дополнительные комментарии:** |  |

|  |
| --- |
| **История вакцинаций** |
| Год последней от столбняка |  | Год от гепатита В |  |
| Год последней от гриппа |  | Год от гепатита А |  |
| Год последней от пневмококка |  | Год от ветряной оспы |  |
| Год последней от кори, краснухи, паротита |  |  |  |
| **Социальный анамнез** |
| **Род занятий:** |  |
| **Занятия спортом** | Да | Нет | Тип/частота |  |
| **Алкоголь** | Да | Нет | Количество: |  |
| **Курение** | Да | Нет | Пачек в день |  | Лет |  | Год окончания |  | Хотите бросить | Да | Нет |
| **Наркотики** | Да | Нет | Какие: |  |
| **Диета** | Да | Нет | Опишите: |  |
| **Дополнительные комментарии:** |  |
| **Обзор симптомов** *(обведите существующие/прогрессирующие/постоянные)* |
| **Общие симптомы** | Усталость, увеличение или потеря веса, лихорадка, локальные уплотнения |
| **Голова, глаза, ухо, голо, нос** | Проблемы с пазухами, частые простуды, потеря слуха, боли в ухе, боли в глазах или проблемы со зрениемДата последней проверки глаз: |
| **Легкие** | Одышка, кашель, кашель с кровью, наличие туберкулеза или (+) кожный тест на туберкулез |
| **Сердце** | Наличие шумов, боли в груди, нерегулярное сердцебиение |
| **Гастроэнтерология** | Трудности с пищеварением, потеря аппетита, изменения частоты и консистенции стула, черный стул, кровь в стулеГод последнего осмотра у проктолога: |
| **Урология** | Частое/болезненное мочеиспускание, кровь в моче, мочевая инфекция, ночное мочеиспускание, невозможность контролировать мочеиспускание |
| **Конечности** | Отек лодыжек, варикозное расширение вен, боли в ногах при ходьбе, тромбы в венах ног |
| **Костно-мышечная система** | Болезненные или опухшие суставы, боли в спине |
| **Дерматология** | Сыпь, крапивница, акне, новые или растущие родинки |
| **Неврология** | Головные боли, конвульсии, судороги, слабость, инсульт, онемение, проблемы с концентрацией или памятью |
| **Психология** | Проблемы со сном, мысли о самоубийстве, психотропные и снотворные препараты, сеансы психотерапии, беспокойство, депрессия |
| **Гематология** | Анемия, склонность к образованию кровоподтеков, переливания крови, прием препаратов железа |
| **Дополнительные комментарии:** |  |
| **История путешествий** |
| Перечислите страны, которые посетили в течение последних 2 лет: |  |

**Только для мужчин**

*(обведите существующие/прогрессирующие/постоянные)*

Генитальные язвы, проблемы с эрекцией или простатой, болезненный секс, уплотнения в яичках, выделения, кровянистые выделения.

**Только для женщин**

*(обведите существующие/прогрессирующие/постоянные)*

Уплотнения в груди, чувствительность, выделения из сосков, изменения кожи, предменструальные симптомы, кровянистые выделения между месячными, менопаузальные симптомы, вагинальные инфекции.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Кровянистые выделения между месячными | Да | Нет | Дата последней менструации |  |
| Патология при ПАП-мазке | Да | Нет | Периодичность менструаций |  |
| Прием медикаментов при менструальных болях | Да | Нет | Кол-во дней менструации |  |
| Необходимость в контрацепции | Да | Нет | Дата последнего ПАП-мазка |  |
| Вид контрацепции |  | Дата последней маммографии |  |

|  |
| --- |
| **Для заполнения врачом: Дополнительные комментарии** |
|  |