****

**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 зрением  Дата 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 стуле  Год 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** |
|  |